

※ 記入しないこと	支給決定伺				支給決定	平成	年	月	日	
	支給額	円			常務理事	事務長	担当者			
	支給内訳	出産手当金	円							
	支給期間	自平成	年	月	日	標準報酬月額	千円 (/)			
前回支給期間	自平成	年	月	日	摘要					

出産手当金請求書 308 (第 × 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の番号	事業所番号	9000	(2) 事業所の名称	南海電気鉄道株式会社
	(1) 被保険者の番号	事業所番号	9000	(2) 事業所の名称	南海電気鉄道株式会社
	(1) 被保険者の番号	事業所番号	9000	(2) 事業所の名称	南海電気鉄道株式会社
	(1) 被保険者の番号	事業所番号	9000	(2) 事業所の名称	南海電気鉄道株式会社
	(3) 出産年月日 (予定)	平成 ××年 ××月 ××日		(4) 全期間	自平成××年××月××日 ××日間 至平成××年××月××日 年休・有給 円を受けた
	(5) 請求区分	後・出産日	前・出産予定日 (証明書等提出)	(4) 一部の期間	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 年休・有給 円を受けた
	(6) 妊娠の別	単胎	多胎 (児)	(4) その他	平成 年 月 日 より無給
	(7) 資格喪失後出産	いいえ	はい (6ヶ月以内・以前1年継続)	(8) 業務の種類	(詳しく) ××××のしごと
	(9) 傷病手当金を受けていますか	いいえ	はい (傷手写等提出)	(10) 自平成 ××年××月××日 ××日間 至平成 ××年××月××日	
	(11) 振込銀行名	銀行 支店		口座番号 番 (フリガナ 義人)	

委任するところ

平成 ××年 ××月 ××日 上記のとおり請求します。

南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿

私は請求に関する一切の事務を ×××× 担当印 に委任いたします。

被保険者の

住所 大阪市中央区難波×××××× 担当印 「押印」してください

氏名 南海花子 担当印 ※1(裏・2枚目にも記入押印すること)

◎請求上の注意

- この様式は、女子被保険者が出産して、その産前・産後を通じて会社の勤務を休んだ期間、報酬の支払を受けられない場合に請求するものです。また、記入するとき、鉛筆は使用しないで下さい。氏名は裏・2枚目にも記入押印して下さい。
- この請求をするときは、「医師又は助産師」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出して下さい。また支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求められる場合があります。
- (4)欄は、年休・有給の場合、該当するものを○で囲み、また、給与等受けた期間と金額を記入して下さい。
- (5)欄は、予定日の場合、予定日証明を添付し、(8)欄は、仕事の内容(退職の方は、退職直前)を記入して下さい。
- (9)欄は、出産のため休んだ期間に、傷病手当金を受けている場合は、傷病手当金の写し等を添付して下さい。
- (11)欄は、資格喪失された方のみ記入して下さい。

※1この請求書は、事業主証明並びに医師意見欄等あり、給付金の請求事務を円滑に行うために設けています。施行規則にて請求する場合は請求書に事業主証明書、医師意見書を添付したうえ提出しても結構です。ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合

KI30812504WG

氏名	南海花子				「押印」してください		
※1 2枚目印刷のときは必ず記入押印して下さい。(裏・2枚目)							
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自平成	××年	××月	××日	××日間	
		至平成	××年	××月	××日		
	上記期間中の分として支払う報酬額	自平成	××年	××月	××日	××日間	全額 年休・有給
		至平成	××年	××月	××日		
	自平成	年	月	日	日間	一部支給額	
	至平成	年	月	日		円	
	平成	年	月	日	日より無給		
上記の通り相違ないことを証明します。							
平成 ××年 ××月 ××日							
事業主							
住所 大阪市中央区難波5-1-60							
南海電気鉄道株式会社							
氏名 ××部長 ××××							
TEL ××-××××-××××							
医師又は助産師の証明	出産年月日	平成	××年	××月	××日	生産・死産の別 生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出産予定年月日	平成	年	月	日	単胎・多胎の別 単胎・多胎(児)	
	入院して出産した期間	自平成	××年	××月	××日	入院期間の費用の別 自費(正常)・健保(異常) その他(助成等)	
		至平成	××年	××月	××日		
上記の通り相違ありません。							
平成 ××年 ××月 ××日							
医師又は助産師							
住所 ××市××町							
医療機関名 ××××病院							
氏名 ××××							
TEL ××-××××-××××							
任継・資格喪失後無職無収入証明 (証明をお願いする場合があります)	自平成	年	月	日	日間無職無収入でありました。		
	至平成	年	月	日			
	上記の通り相違ありません。						
	平成	年	月	日			
被保険者住所							
氏名							