

※ 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		標準報酬月額	千円 (/)	担当者
	支給内訳	出産手当金	円			
	支給期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間	概要		
前回支給期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日					

出産手当金請求書 308 (第 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者の番号	事業所番号	(2) 事業所の名称	名称	
	被保険証番号	保険証番号	事業所の所属	所属	
	(3) 出産年月日(予定)	平成 年 月 日		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) 出産ため休んだ期間中に報酬の支払を受けた場合その期間と金額
	(6) 妊娠の別	単胎	多胎(児)	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
	(7) 資格喪失後出産	いいえ	はい(6ヶ月以内・以前1年継続)	その他	平成 年 月 日より無給
	(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)	(8) 業務の種類	(詳しく)
	(10) 出産のため休んだ期間	自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間			
	(11) 振込銀行名	銀行	支店	口座番号 (フリガナ)	番)

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 [] 印 に委任いたします。

被保険者の

住所 []

氏名 [] 印 ※1(裏・2枚目にも記入押印すること)

受付日付

◎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

KT30812504WG

氏名			⑩		※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		
平成		年	月	日	日間	一部支給額 円	
	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 氏名 ⑩ 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	入院期間の別 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 医療機関名 氏名 ⑩ TEL						
任継(証明をお願いする場合があります) 資格喪失後無職無収入証明	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 ⑩						