

# 出産手当金申請書

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿

年 月 日

被保険者 住 所 〒 -

氏 名

印

電話番号( )

以下のとおり出産手当金を請求します。

※産後8週間経過後、現在お勤めの各会社・団体人事へ提出してください。

被保険者証の 記号・番号	-	事業所 の名称		請求期間 (いずれかに○)	分娩前・分娩後 分娩前後
分娩予定年月日	年 月 日	分娩のために 休んだ期間 (請求期間)	年 月 日から	年 月 日まで	日間
分娩年月日	年 月 日	※予定日より実分娩日が遅い場合は予定日以前42日(双児以上98日) から実分娩日後56日の間で休んだ期間			
上記期間中、会社から報酬を受けた時 (有休等)はその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日分				
振込希望銀行	銀行	支店 (普通・当座) No _____	※被保険者本人名義の口座 (家族不可) カナメイギ ( )		
		(支店番号 )	※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面(2面)コピーを添付		

医師 または 助産師 の 意 見	分娩予定年月日	年 月 日	単胎・多胎( )児
	分娩年月日	年 月 日	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	正常・異常分娩の別	正常・異常	以上のとおり相違ありません。
	医療施設の所在地 〒 - 名 称		年 月 日
医師・助産師名 電 話 番 号 ( )	印		

※訂正された場合は医師・助産師の訂正印(証明印と同)を押印してください。

※法定の産前休暇開始月～出産月の出勤簿写し・賃金台帳写しを添付してください。

事 業 主 証 明	法定産前・産後期間において <b>労務に服さ なかった</b> 期間(有給休暇含む)	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	<input type="checkbox"/> 月給者 (いずれかチェック) <input type="checkbox"/> 日給・時給者
	労務に服していない 期間中の分として支 払う報酬関係	各日毎、欠勤日分の給 与を全額支給した場合 (有給休暇等)	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日分 全額を支給しました。
		①各日毎、欠勤日分の 給与を一部支給した 場合 (日当の○割支給等)	① 年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日 金 _____ 円/日 *1日あたりの金額を記入してください。
		②月単位で交通費・住 宅・家族手当等が欠勤 日を含め満額支給さ れた場合	② 年 月分(内容 ) 金 _____ 円/月 年 月分(内容 ) 金 _____ 円/月 年 月分(内容 ) 金 _____ 円/月 *月単位で支給額が決まっているものは支給内容・1か月あたりの金額を記入してください。
※労務に服している 期間分は証明しないで ください。	支給しない場合 はその旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日		
	事業主 住所 氏名	印	