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。

被保険者等の記号・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 ※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		
分 娩 年 月 日　　年　　月　　日					
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　　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コピーを添付				※被保険者本人名義の口座（家族不可）

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。 年　　月　　日
	医療施設の所在地　〒　　－ 名　　称 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・産後期間において労務に服さなかった期間（有給休暇含む）		年　　月　　日　から 年　　月　　日　まで　　日間	□　月給者　（いずれかﾁｪｯｸ） □　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 ※労務に服している期間分は証明しないでください。	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。	
		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			