出産手当金請求書（第　　回目）

※欄は記入しないで下さい。

令和　　年　　月　　日

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

〒
住　所
被保険者（請求者）　氏　名

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	記号 番号	①事業所の名称所在地	名　称 所在地			標準報酬等級月額	※　円 第　級
分娩前分娩後の別		分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と分娩のあった年月日		分娩予定日　令和　年　月　日 分娩日　令和　年　月　日			
分娩のため休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間						
うえの期間の報酬（賃金）の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日分 円						
②（退職者のみ記入）振込希望の銀行	銀行　支店（普通　）			口座名義	フリガナ		

③委任状 給与での給付手続きを事業主へ依頼する為必要ですので、必ず記入してください。 （任意継続被保険者・退職者は不要です）	私は①に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金の受領に関する権限を委任します。 令和　年　月　日 〒 被保険者の（請求者）　住所 氏名

医師または助産師の意見	分娩年月日	令和　年　月　日	分娩　単胎 分娩予定　多（　児）	
	分娩予定年月日	令和　年　月　日		
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ月）
	上記のとおり相違ありません。 令和　年　月　日 〒 住　所 （職名　） 氏　名　㊞			

↓ 続いて2枚目があります。

<table>
<tr><td rowspan="4">事業主証明</td><td colspan="2">労務に服さなかった期間</td><td>令和　年　月　日から
令和　年　月　日まで　日間</td></tr>
<tr><td rowspan="3">上記の期間中の分として支払う報酬関係</td><td>全額支給の場合</td><td>令和　年　月　日からの分　金　円（日額　円）
（　月　日支払）（金　円）</td></tr>
<tr><td>一部支給の場合</td><td>令和　年　月　日から
令和　年　月　日までの分　金　円（日額　円）
（　月　日支払）（金　円）</td></tr>
<tr><td>支給しない場合</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり相違ないことを証明します。
令和　年　月　日
事業主　住所
氏名</td></tr>
</table>

（注　意　事　項）

1. 出産手当金は出産のため仕事を休み給料がもらえなかったときに支給されます。支給されるのは、出産の日以前42日（双児以上の場合は98日）間、出産の日後56日間のうちで仕事を休んだ日数分です。出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます。

2. ②欄は、退職者（受給要件を満たす資格喪失者・任意継続被保険者）が請求する場合に記入して下さい。在職中の被保険者は②欄に記入しないで下さい。

3. ③欄は、在職中の被保険者が請求する場合に記入して下さい。代理人である事業主から被保険者の給与振込口座に振込まれます。２に記載の退職者は③欄に記入しないで下さい。

4. なお、一部の事業所の方で、２、３とは異なる取扱いをする場合があります。

202204改訂