

ケンポ記入欄	支給決定伺											
	支給金額	円	分娩予定日	H・R	年	月	日	取得	H・R	年	月	日
			分娩日	H・R	年	月	日	喪失	H・R	年	月	日
	支給期間	H・R	年	月	日	日間	【支給計算】		支給日数	円		
		H・R	年	月	日		日額	円×2/3×			日＝	
	平均標準報酬月額	円										
経伺	常務理事	事務長	課長	担当者	控除期間	H・R	年	月	日			
					控除額	円						

出産手当金請求書

被保険者の記入欄	被保険者証 記号・番号	-		事業所(会社)の 名称		
	被保険者氏名			生年月日	S・H・R 年 月 日生	
	出生児数	単胎・多胎(児)	この請求をする時期		分娩後・分娩前	
	労務に服しなかった 期間	H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間				
	報酬の有無	上記期間中に報酬を 受けた ・ 受けない (該当に○印)				
	上記期間中に会社から 報酬を受けた場合	H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間		円		
医師または 助産師の 欄	分娩予定日	H・R 年 月 日		分娩日	H・R 年 月 日	
	出生児数	単胎・多胎(児)	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
	住所 TEL					
医療機関名						
医師または 助産師氏名	(印)					
被保険者の記入欄	上記の通り請求致します。					
	令和 年 月 日		被保険者の住所 氏名(自署)及び 印 (印)			
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿		TEL			
	*在職者のみ記入	上記金額の受領を に委任します(会社名を記入)				
	*以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)					
金融機関および支店名	銀行・信用金庫		支店	フリガナ		
1.普通 2.当座	口座番号			口座名義人		

事業主証明欄	被保険者証 記号・番号	-		被保険者名		
	労務に服しな かった期間	H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間 *勤務状況について確認のため、勤怠表(写し)を添付してください				
	報酬の有無	上記期間中に報酬を 支払った ・ 支払わない (該当に○印)				
	上記期間中に 会社から報酬を 支払った場合	H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間		円		
		H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間		円		
		H・R 年 月 日～ H・R 年 月 日までの 日間		円		
	給与の種類	月給・日給・日給月給・時間給 ・その他()	賃金計算	締日	日	
				支払日	当月・翌月 日払	
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
	事業所所在地					
事業所名称						
事業主氏名				(印) TEL		

*被保険者の資格喪失後の請求に期間については、事業主の証明は不要です。

【ご注意】
添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページで
ご確認のうえ申請してください。

所属事業所 確認印		