

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			
						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	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所(会社)の 名称	大同〇〇株式会社
	被保険者氏名	大同 花子	生年月日	S・H・R 〇年〇月〇日生
	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 〇年〇月〇日～H・R 〇年〇月〇日までの 〇日間		
	報酬の有無	上記期間中に報酬を 受けた ・ 受けない (該当に〇印)		
	上記期間中に会社から 報酬を受けた場合	H・R 〇年〇月〇日～H・R 〇年〇月〇日までの〇日間	〇〇〇,〇〇〇円	
医師または助産師の 証明欄	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 〇年 〇月 〇日 被保険者の住所 〇〇〇 氏名(自署)及び印 大同 花子 (大同印)			
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (大同印)			
	*在職者のみ記入	上記金額の受領を 大同〇〇株式会社 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		

医師または助産師が記入

大同健保

会社名を記入

事業主が記入

必ず該当する方のいずれかに記入

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 (該当に〇印)		
	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		