

部門	歳出部	円		
款	保険給付費	支給期間	自	年 月 日
項	法定給付費		至	年 月 日
目	出産手当金	備考	日間	

支給決定伺		
平成	年	月 日
常務理事	事務長	担当者

あなたの
事業所の番号です

出産手当金請求書 (海外)

あなた個人の番号です

被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	2345	標準報酬 月額	千円	※太枠の中を記入して下さい。
資格得・喪 年月日	取得	平成 18 年 4 月 1 日	喪失 (退職日の翌日)	平成 年 月 日			
分娩のため 休んだ期間	自	平成 23 年 11 月 14 日	分娩予定年月日	平成 23 年 12 月 25 日 予定			
	至	平成 24 年 2 月 22 日 101 日間	分娩年月日	平成 23 年 12 月 28 日 分娩			
上記の通り請求いたします。				平成 24 年 3 月 1 日			
富士フィルムグループ健康保険組合 常務理事 殿				被保険者 住所 氏名	神奈川県南足柄市狩野 1-2345 健保花子		
<h3>委任状</h3>							
事業主を代理人として健康保険組合より支給される出産手当金の受取方の件を委任いたします。							
				被保険者 氏名	健保花子		

※ 時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

Certificate of Birth			
分娩年月日	Date of Delivery :	分娩予定年月日	Due Date :
出生児の数	Number of Birth : Single 医師等が、()		
証明欄	I certify that above description is true. Date Address Physician or Midwife Signature 分娩日等について 証明する欄です。		

※支給期間に在籍期間が含まれる場合、その期間の給与について証明して下さい。

(給与明細と勤怠表の写しを添付してください)

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名
労務に服さなかった期間： 年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間			
給与計算日に合わせ、 (支払の有無に係わらず) 本人請求期間中の報酬を ご記入ください。	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円
	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円
欠勤控除をする場合は、 算出方法をご記入ください		(算出方法) 休業期間・休業中の給与等について	
事業主が証明する欄	交通費(通勤手当)支給『有』の場合の て 方法 (該当に○印) ※ 4に該当の場合：当初の定額(定期代等)支給月 及び 後日精算月の 給与明細の写しも添付		
	1. 出勤日数に応じて支給 1日@ _____ 円 × _____ 証明する欄です。	3. 毎月 (1ヵ月分) を定額支給 _____ 円	
	2. 毎月 (1ヵ月分) 定額 但し欠勤控除有り 定額 _____ 円 - 控除 _____ 円 = 支給額 _____ 円 控除額算出方法 _____	4. 複数月を定額(定期代等)で支給 _____ 月 日 ~ _____ 月 日の _____ ヶ月分として _____ 円を _____ 月に支給 後日精算： <u>無</u> ・ <u>有</u> (有の場合↓) ~ _____ 分として _____ 円精算	
	有・無		
給与等の 支給日・ 締め日	当月給与支給日 (毎月) _____ 日	賃金の種類 (該当種類に○と金額を記入)	
	本給：当月・前月 _____ 日締め→当月支払	・月給/固定給 (_____ 円)	
	その他手当：当月・前月 _____ 日締め→当月支払	・日給 (_____ 円)	
	控除等：当月・前月 _____ 日締め→当月支払	・時給 (_____ 円)	
上記の通り、相違無いことを証明いたします。			
住所 事業主 氏名		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 印	