

部門	歳出部	標準報酬月額	標準報酬日額
款	保険給付費	千円	円
項	法定給付費	支給額	
目	出産手当金		

支給決定伺		
平成 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

備考		支給期間	自	年 月 日
			至	年 月 日

出産手当金請求書（国内）

※太枠の中を記入して下さい。

被保険者証			資格喪失後の請求の場合		
記号	番号		資格取得日	昭和・平成 年 月 日	
			資格喪失日 (退職日の翌日)	平成 年 月 日	
請求期間	自：平成 年 月 日		分娩予定日	平成 年 月 日	
	至：平成 年 月 日 日間		分娩日	平成 年 月 日	
上記の通り請求いたします。			平成 年 月 日		
富士フイ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 印		
委任状					
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 印					

*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。

医師又は助産師の証明※	分娩予定日	平成 年 月 日	出生児の数	・単胎
	分娩年月日	平成 年 月 日		・多胎 (児)
	正常出産または異常出産の別	・正常 ・異常	生産または死産の別	・生産 ・死産(妊娠週)
	上記のとおり証明いたします。			平成 年 月 日
	所在地 医療機関の名称 担当医師(助産師)の氏名			印

※証明に代えて

「医師又は助産師の出産予定日証明書（写）」+「母子手帳の出生届出済証明ページ（写）」の添付でも可

※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)

事業主が証明する欄	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)			
	交通費 (通勤手当) の支給	交通費(通勤手当)支給『有』の場合の支給方法 (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 × 日 = 円	3. 毎月(1ヵ月分)を定額支給 (欠勤の有無を問わず定額) 円		
	有・無	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 ヵ月分として 円を 月に支給 後日精算： 無・有(有の場合↓) ～ 分として 円精算		
給与等の 支給日・ 締め日	当月給与支給日	(毎月)	日	貸金の種類 (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