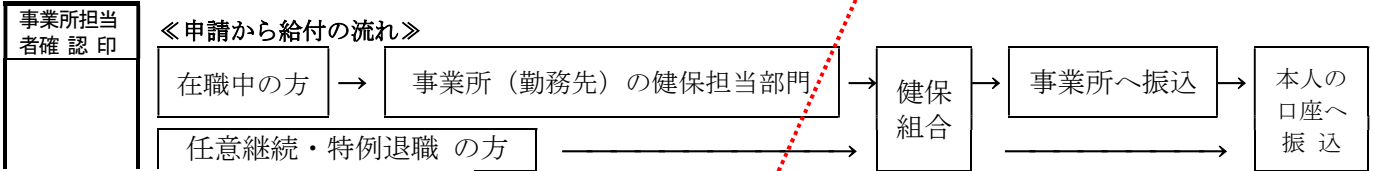


健保使用欄	法定期間	/	~	/	
	支給期間	自：	年	月	日
		至：	年	月	日
	支給額	¥			

支給決定伺		
令和	年	月 日
GL	担当者	担当者

※法定期間内で労務に服さなかった期間をご記入ください。
 (法定期間とは産前42日(多胎の場合は98日)から産後56日までの期間になります)



健康保険被保険者証に記載されている「記号」と「番号」をご記入ください

出産手当金請求書

※太枠の中を記入して下さい。

被保険者証		退職後の請求の場合	
記号	番号	入社年月日	退職年月日
76	54321	平成・令和 15年 4 月 1 日	平成・令和 31年 4 月 30 日
請求期間	平成・令和 31年 4 月 10 日 ~ 平成・令和 元年 7 月 20 日 102日間 上記のうち、「労務に服した日」「報酬額が出産手当金を上回った日」「法定期間以外の日」は除いて請求します。		
分娩予定日	平成・令和 元年 5 月 21 日	分娩日	平成・令和 元年 5 月 25 日
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合:-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。			備考欄
報酬を受けた場合、出産手当金から報酬額を控除(調整)することに同意し、上記のとおり請求します。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。 富士フィルムグループ健康保険組合 理事長殿 令和 元年 8 月 10 日 被保険者 住所 神奈川県小田原市扇町2-12-1 氏名 健保 康美			

* 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・令 年 月 日	出生児の数	・単胎
	分娩年月日	平・令 年 月 日		・多胎(児)
	正常出産または 異常出産	医師または助産師から 分娩予定日・分娩日等についての 証明を受けて下さい		・生産 死産(妊娠 週)
	上記のとおり	年 月 日		(印)
医療機関の名称 担当医師(助産師)の氏名				

《医師・助産師の証明についての補足事項》

※海外で出産の場合は、2頁目の《海外用》医師または助産師の証明欄に証明を受けてください。

※ 請求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。

(勤怠表を添付してください)

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間： 年 月 日～ 年 月 日まで 日間	
	上記の期間（出勤日以外）に対して報酬・交通費を支給しました（します）か	はい ・ いいえ
	報酬・交通費を支給した場合、その期間と報酬額をご記入ください。（出勤日に対する報酬は除いて証明） ※ 時給日給や有給取得等、日により報酬が異なる場合… 別紙へ記入 ← 該当する場合は○	
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
	年 月 日～ 年 月 日	円
上記のとおり相違無いことを証明いたします。		令和 年 月 日
所在地 事業主 氏 名	(印)	
特記事項		
【事業主の方へお願い】 * 請求期間にかかわる出勤簿を添付して下さい。 * 休業日に対する報酬（交通費含む）を、日額・期間額・月額のいずれかを○印で選択し証明して下さい。（出勤日に対する報酬は差し引いて下さい） * 証明対象期間に対して、翌月以降に加算される手当・控除等がありましたらその額を含めて証明して下さい。		

≪海外用≫医師または助産師の証明		Certificate of Birth
分娩年月日	Date of Delivery	
生産死産の別	Live	
出生児の数	海外で出産した場合	
証 明 欄	海外の医師または助産師に	
	分娩日等についての証明を受けて下さい	
	Physician Signature	