給付支給決定並びに支出伺					伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額	円	決裁年月日	
					取得年月日	・　・
					喪失年月日	・　・
支給期間	自 令和　年　月　日～至 令和　年　月　日　日間				日額	円
不支給期間	自 令和　年　月　日～至 令和　年　月　日　日間				全部　・　一部	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）

出産手当金請求書

ナブテスコグループ健康保険組合　理事長　殿　　令和　年　月　日請求

被保険者が記入するところ					
記号	99	社員コード	123456	氏名	健保 花子
番号	1234				
住所	〒651－○○○○ 神戸市西区○○○○○1－1－1				
事業所名	○○○○○株式会社				
資格取得日	令和 ○○年 ○○月 ○○日	標準報酬月額	○○○ 千円		
分娩年月日	令和 ○○年 8 月 5 日	分娩予定年月日	令和 ○○年 7 月 31日		
分娩のため休んだ期間	令和 ○○年 6 月 20日から 令和 ○○年 9 月 30日まで　103 日間				
上記期間中の報酬はどのようになっていますか ○をつけてください	・　受けた　・受けない ・　受けられる　・受けられない				
報酬支払を受けたとき又は受けられるときはその報酬の額とその報酬支払の基礎となった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分　¥				
入院をして分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか ○をつけてください	・　入院分娩 ・　入院外分娩				
自費で入院しましたか、健康保険で入院しましたか ○をつけてください	・自費 ・健康保険 被保険者 ・健康保険 被扶養者				

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入（個人番号確認、本人確認書類を添付のこと）

（説明）
1．被保険者が分娩のため勤務を休み、給料を受けなかった場合に支給されます。
2．支給期間は、産前４２日（分娩当日含む）産後５６日間を限度として、分娩が予定日より遅れた場は、分娩予定日より分娩日前日までの期間を加算して支給します。
3．多児分娩の場合は、産前９８日（分娩当日含む）産後５６日を限度とします。
4．１日につき標準報酬日額の３分の２を支給します。
5．必ず適用事業所等の異動状況確認書を添付してください。
※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

事業主が証明するところ		
労務に服さなかった期間		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
上記期間中の報酬	全額支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分　日額　¥
	一部支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日までの分　日額　¥
	支給しない理由	
上記のとお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		

この欄の各項目について、事業主の証明を受けてください

医師又は助産婦が意見を記入するところ				
分娩年月日	令和　年　月　日	分娩予定年月日	令和　年　月　日	
該当箇所に○、記入してください [・正常分娩　・異常分娩] [・生産　・死産　(妊娠 [・単児　・多児　(　児)]				
入院費を健康保険被保険者分として取り扱った期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			
上記のとおり相違ありません。 令和　年　月　日　医療機関住所 医療機関名称 職名(　)氏名				

この欄の各項目について、担当医等に記入を依頼してください

委任状	委任事項	この給付の（住所） 受領方を　（氏名）　印　に委任する 令和　年　月　日 （被保険者）　印
	振込先	銀行　支店　当座・普通　番号

――受付日付印――