三菱電機健康保険組合　行

出産手当金 請求書（出産手当付加金）

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者証 記号・番号	記号		番号	被保険者氏名	
所　　属	事業所名			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
被保険者 住所	（〒　　－　　）　TEL（　　）　　－				
出産年月日	令和　　年　　月　　日		出産予定年月日	令和　　年　　月　　日	
出産のため 休んだ期間	令　　年　　月　　日 令　　年　　月　　日	日間	出生児氏名		

＜ 退職後の請求の場合 ＞

金融機関名	銀行	支店	□普通 □当座	口座 番号		名　義 （カナ）	
備　考							

医師又は助産師意見欄

出産年月日	令和　　年　　月　　日	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
生産又は死産の別	生産　・　死産　（妊娠　　カ月 週）	出生児の数	単胎　・　多胎　（　　児）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療施設の名称・所在地
医師・助産師名

TEL（　　）　　－

＜お願い＞　○訂正箇所には訂正印を押印願います

事業主記入欄

※ 労務に服さなかった期間

R　　年　　月　　日から
R　　年　　月　　日まで　　日間

欠勤中の賃金（上記※の期間）

全額支給	R　　年　　月　　日から R　　年　　月　　日まで	
一部支給	R　　年　　月　　日から R　　年　　月　　日まで	左記期間中の賃金合計 ¥ 賃金日額 ¥
不支給	R　　年　　月　　日から R　　年　　月　　日まで	

退職後の請求の場合

入社年月日　昭・平・令　　年　　月　　日

退職年月日　平・令　　年　　月　　日

記載のとおり相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

名　称

事業主住　所

氏　名

健保記入欄

日額	円	支給期間	R　・　・　～　R　・　・　日間	控除日額	円	法定	円	付加	円
支　給　額	¥			支給決定日	令和　　年　　月　　日				
		支給決定並びに支出決議	常務理事		担当者				

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者受付印	

22-01

［注意事項］
・産前産後の健保支給期間に給与が全額支払われる場合、出産手当金は支給されません。（給与カットがあり、その金額が健保支給額より少ない場合は差額が支給されます。）

［事業主記入欄について］
・「労務に服さなかった期間」は給与の有無に関わらず会社を休み始めた日から記入してください。（証明する期間には土・日・祝祭日の休日も含めます。）