

※ 組 合 記 入 欄	支 給 額	円	支給期間	自令 至令	年 月 日 年 月 日	日間
	支 給 内 訳	出産手当金	円	前 回 支給期間	自令 至令	年 月 日 年 月 日
標準報酬月額	千円 (/)		摘要			

出 産 手 当 金 請 求 書 308 (第 ○ 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被 保 険 者 の 被 保 険 証 号 ・ 番 号	記号	1 2 3	② 事 業 所 の 名 称 所 属	名称	(会社名)	
		番号	4 5 6 7 8 9		所属	(所属名)	
	(3) 出 産 年 月 日 (予定)	令和 ○年 ○月 ○日			(4) 出 産 た め 休 ん だ 期 間 中 に 報 酬 の 支 払 を 受 け た 場 合 そ の 期 間 と 金 額	全 期 間	自令 ○年 ○月 ○日 ○○ 日間 至令 ○年 ○月 ○日 年休・有給 円を受けた
	(5) 請 求 区 分	後・出産日	前・出産予定日 (証明書等提出)	一 部 の 期 間		自令 年 月 日 日間 至令 年 月 日 年休・有給 円を受けた	
	(6) 妊 娠 の 別	単胎	多胎 (児)	その他		令和 年 月 日より無給	
	(7) 資 格 喪 失 後 出 産	いいえ	はい (6ヶ月以内・ 以前1年継続)	(8) 業 務 の 種 類	(詳しく) ○○○○の業務		
	(9) 傷 病 手 当 金 を 受 け て い ま す か	いいえ	はい (傷手写等提出)	(10) 出 産 の た め 休 ん だ 期 間	自令 ○年 ○月 ○日 ○○ 日間 至令 ○年 ○月 ○日 ○○ 日間		
	(11) 振込銀行名	銀行 支店		種 別	口座番号	番	
	(資格喪失された方のみ)				普通	(フリガナ)	
					当座	名義人	
委 任 す る と こ ろ	令和 ○年 ○月 ○日 上記のとおり請求します。						
南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿							
私は請求に関する一切の事務を (庶務担当者の氏名) に委任いたします。							
被保険者の							
受付日付		住 所	(住所)	TEL (日中の連絡先)			
		氏 名	(氏名)	(裏・2枚目にも記入すること)			

20220401 改訂

◎請求上の注意

- この様式は、女性被保険者が出産してその産前・産後を通じて会社の勤務を休んだ期間、報酬の支払を受けられない場合に請求するものです。記入するとき鉛筆は使用しないで下さい。氏名は裏・2枚目にも記入して下さい。
- この請求をするときは「医師又は助産師」の証明を受け、次に事業主の証明を受け勤務表(台帳)を添付して健保組合に提出して下さい。支給決定に際し、別途必要書類等の提出を求める場合があります。
- (4)欄は、年休・有給の場合、該当するものを○で囲み、また、給与等を受けた期間と金額を記入して下さい。
- (5)欄は、予定日の場合、予定日証明を添付し、(8)欄は、仕事の内容(退職の方は、退職直前)を記入して下さい。
- (9)欄は、出産のため休んだ期間に、傷病手当金を受けている場合は、傷病手当金の写し等を添付して下さい。
- (11)欄は、資格喪失された方のみ記入して下さい。

ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合

氏名	(被保険者氏名)		2枚目印刷のときは必ず記入して下さい。				(裏・2枚目)		
事業主の証明	労務に服さなかった期間	自令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○○	日間					
	上記期間中の分として支払う報酬額	自令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	○	日間	全額	年休・有給			
		至令 ○ 年 ○ 月 ○ 日							
		自令 年 月 日	日間	一部支給額					
		至令 年 月 日	円						
令和 年 月 日	日より無給								
証明	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 ○年 ○月 ○日 事業主 住所 (事業所の住所) (事業所名) 氏名 (所属部署・事業主名) TEL (事業所の電話番号)								
医師又は助産師の証明	出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)					
	出産予定年月日	令和 ○年 ○月 ○日	単胎・多胎の別	単胎・多胎(児)					
	入院して出産した期間	自令 ○年 ○月 ○日 至令 ○年 ○月 ○日	入院期間の費用の別	自費(正常)・健保(異常) その他(助成等)					
	証明	上記の通り相違ありません。 令和 ○年 ○月 ○日 医師又は助産師 住所 (医療機関の住所) 医療機関名 (医療機関名) 氏名 (担当医師名) TEL (医療機関の電話番号)							
任継・資格喪失後無職無収入証明	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日 日間無職無収入でありました。 上記の通り相違ありません。 年 月 日 被保険者 住所 氏名								