受付年月日	年	月	日
伺 年 月 日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

A3サイズで印刷してください

支給期間	年年	月 月	日から 日まで	日間		
標準報酬月額			円(第			

貝俗	収	17	4-	Я	P
資 格	喪	失	年	月	日
前回	始	Ι'n	年	月	日
口	終	, r	年	月	日
支 払	年 月	田	年	月	日
不 支	給 理	田			

出産手当金請求書(第

回目)

令和4 年 **8**月 **6**日

申請日は「分娩のため休

んだ期間」の最終日以降

の日付としてください。

下記のとおり申請します。

被保険者の 住 所 〒 123-4567

大阪市〇〇区△△町×一×一×

フリカ゛ナ **ダイワ ハナコ**

氏 名 大和 花子

電話番号 01-2345-6789

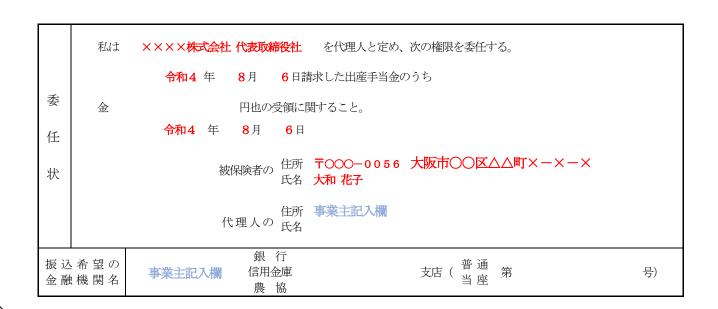
ダイワボウ健康保険組合理事長殿

																_
被保険者証の 記号・番号	65 - 123456	7	事業所 の名称		××	××株式	会社				標準等級.		<u>×</u> 第		<	_
分娩前の別	分娩前・分娩	免後				は分娩予定年は分娩予定年			免予定日			14 年			11	
分娩後の別			と分娩の	あった年	月日			分	娩	3	令和	14 年	- 6	月	10	E
分娩のため休んだ期間	令和 令和		5 月 8 月		日日	からで				9 7	7 日	間				
	部を受けたとき れるときはその			年年		月月	日日	かま	らで		<u>円</u>				分	_
振込希望の 金融機関名	フリカ [*] ナ ゲ ク 大和		社会社会財金庫	フリカ゛ナ		炒び 本町	3	を店	普通	2	3	4 !	5	6	7	\ \ !

	分娩年月日	年	月 日	分 娩	単胎	
医	分娩予定年月日	年	月 日	分娩予定	多 (児)
師ま	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別	出産・死	至	ヶ月)
たは助	うえのとおり	相違ありません。				は 助 産 師 にってください。
産師の		年 月 日	3		1	
意見		(職名)	所		
			氏	名		

	労 務 に か っ		な 間	年 年		月月		からまで			I	日間	
	うえの	全額支の場	給合	年	月		日から	の分	金 (事業:	主が記入す	- るところ -	です。
事業	期間中と して 払う報	一部支	給合	年 年	月月		日から 日まで	の分	金 (月	円 日支払)	金	額円
主証	酬関係	支給しな場場	ハ 合										
明	う <i>え</i>	このとおり	相 違 な 年	を証明し 月	ノます。 日								
				事業	主	所 名							

初産用月	第一子を出産	はい ・ いいえ	※いずれかを○で囲むこる 第一子の場合下記送付ち		りみ) 志 「赤ちゃんとママ」を送付
月刊誌	送付先住所	〒123-4567 大阪府大阪市〇〇区△△町×-	×-×	送付先氏名	大和 花子



手書きの場合は楷書で丁寧に 記入してください。 字が読みづらいと、正しい文字の 確認に時間がかかり、支払が 遅れる場合があります。

 上。

 月

 台理事長

 殿

 浙

 名