

常務理事	事務長	担当者

出産手当金・同付加金申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号・番号	記号		事業所名				
		番号		所属名		TEL		
	出産のため 休んだ期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 日間						
	入院して 出産した時	病院等の名称						
		所 在 地						
		入 院 期 間	年 月 日 ~		年 月 日			
	上記の通り請求します。							
	令和 年 月 日		被保険者の 住 所					
	小松製作所健康保険組合理事長 殿		氏 名					
	生年月日		年 月 日生					

◆請求者確認欄	<input type="checkbox"/>	記載内容については、請求者本人が記入・確認しました。
<u>チェック ✓ してください</u>	<input type="checkbox"/>	在職中の給付金は、事業主経由で受領します。

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見 書	出産年月日	年 月 日	出産予定年月日	年 月 日	
	正常出産 異常出産 の別	正常 ・ 異常	生産・死産の別	生 产 死 产 (在胎 週)	
	入院して出産した 時は、その期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
	上記の通り相違ありません。				
	令和 年 月 日 住 所 氏 名				

※ この確認書に記入された個人情報は給付金支給のための利用に限定しています。
 ※ 給付金の支給は、事業主を経由して行います。(任意継続被保険者・喪失者を除く)

事業 主 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号・番号	記号 番号	被保険者の氏名		
	労務に服さな かつた期間	令和 年 月 日 から			
		令和 年 月 日 まで	日間		
	上の期間中にについて、勤怠状況を記入してください。【出勤=○、有休=△】				
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	上の期間中に 【出勤=○、有 休=△】してい ない日に対して 報酬(通勤手 当・こども手当・ 住宅手当)など 報酬を支給した 場合は	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円			
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円				
上記の通り、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					
電話番号					

※申請期間中の出勤簿・賃金台帳のコピーを添付ください。上記に記載がある場合は、出勤簿・賃金台帳のコ
ピーの添付は不要です。