

款	保険給付費	支給決定額		常務理事	事務長	担当	受付	年 月 日
		円						
項	法定給付費	支給期間	自 年 月 日				伺	年 月 日
			至 年 月 日					
目	出産手当金		日間				決済	年 月 日
算出基礎								

出産手当金請求書

被保険者の記号・番号	—	標準報酬	(健保担当者が記入します)	事業所の名称	
出産予定年月日および 出産年月日	年 月 日 予定・年 月 日 分娩				
出産のために休んだ 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日 間	左記の期間中において報酬の全部、又は一部を受けたとき又は受け得るときはその報酬額及び期間		金	月 日から 月 日まで 日間 円を 支給された
産院又は病院等に 入院されたときは (1) その名称、所在地、年月日及び期間 (2) 被扶養者があるときはその氏名、生年月日及び続柄	(1)	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日			
	(2)	日 間			
※支払金融機関	銀行・信組		本店		
	信金・農協・ゆうちょ銀行		支店		
	口座番号		フリガナ		
	(普通・当座) No.		口座名義		

※申請時に被保険者資格を喪失している場合のみ記入し、口座確認のため通帳の写し(口座番号・口座名義の判る部分)を添付してください。

上記金額の受領を _____ に委任します
 年 月 日
 住 所
 被保険者氏 名
 電 話 番 号

北海道電力健康保険組合 理事長 殿

労務に服さなかった 期間に関する 事業主の証明	自 年 月 日 至 年 月 日 日間 上記労務に服さなかったことを証明する	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	
分娩に関する医師又は 助産婦の意見	分娩予定日 年 月 日 分娩日 年 月 日 出生児の数 単胎・多胎(児)	医師または助 産師の住所 氏 名	(印)