

月額	種別	出手日額	控除日数	支給期間	日数	支給額	控除額	差引支給額	支給額合計
円	法定	円	日	・ ・	日	円	円	円	円
日額		円	日	・ ・	日	円	円	円	
円		円	日	・ ・	日	円	円	円	

出産手当金請求書（第 回）

記号	番号	被保険者氏名	事業所名
----	----	--------	------

分娩年月日	令和 年 月 日	勤務に服しなかった期間	左記期間の	有 の 場 合	令和 年 月 日から
分娩予定年月日	令和 年 月 日	自 令和 年 月 日	部分の給与		令和 年 月 日までの分として
出生児数	単胎・多胎（児）	至 令和 年 月 日	有・無		円

資格喪失後の分娩 の場合の振込先	銀行名 フリガナ	支店名 フリガナ	口座番号	口座名義人 フリガナ
---------------------	-------------	-------------	------	---------------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

上記により申請いたします。

令和 年 月 日

受付印

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

2023.2改定

被 保 険 者	〒	TEL ()
	住所	
	氏名	
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。		
<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。		
① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。		
② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

事業主の証明	勤務に服しなかった期間	左部分	有 の 場 合	令和 年 月 日から	給与形態について ※該当の□にチェック	事業主名
	自 令和 年 月 日	記分の		令和 年 月 日まで		
	至 令和 年 月 日	期間の給与	有・無	の分として		

分娩に関する医師	上記期間のうち	自 令和 年 月 日	出生児数	生産又は死産の区別	左記のとおり相違ないことを証明する。	
	自費で入院した期間	至 令和 年 月 日	単胎	生産	医師・助産師 氏名	医療機関の 名称・所在地
	分娩年月日	令和 年 月 日	・	・		
	分娩予定年月日	令和 年 月 日	多胎	死産		
(分娩予定年月日についても必ず記入してください)		(児)	(妊娠 ヲ月 週)			