

支給決定伺

ルネサス健保使用欄

支給決定額	円	(決裁)			
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	主任	担当
決済年月日	令和 年 月 日				
支給期間	令和 年 月 日から	資格取得日	平成 令和 年 月 日		
	令和 年 月 日まで	資格喪失日	令和 年 月 日		
標準報酬	月額 千円	日額 円	支払年月日	令和 年 月 日	
	改定年月	令和 年 月	不支給理由	令和 年 月 日	
		令和 年 月			
支給額内訳	出産手当金	円 × 日 =	円	計	円
	出産手当付加金	円 × 日 =	円	計	円

ルネサス健康保険組合 御中

健康保険 出産手当金 兼出産手当金付加金請求書

* 太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日																										
被 保 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号(右詰め) 枝番(-00)記入は不要です。																										
	記号										番号										被保険者の名 氏						
	事業所の名称											従業員番号															
	現住所・ 日中の連絡先 電話番号											()															
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日																							
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで										日間															
どちらか一方を記入ください。	委任状										本請求に基く給付金に関する受領を 委任します。																
	令和 年 月 日										被保険者氏名																
	銀行										支店	1. 総合・普通															
	(銀行コード:) (支店コード:)										2. 当座																
口座番号										口座名義人(カナ)																	

出産手当金・出産手当付加金は、産前産後休暇中の給与等の報酬がない(または標準報酬日額より少ない)場合が支給対象となります。

退職者(予定者含む)の場合は本人口座を選択願います。

インプット

受付日付印

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	分娩対象者氏名	
	分娩予定日	令和 年 月 日
	分娩日	令和 年 月 日
	分娩	単児 多児 (児)
	正常分娩又は異常分娩の別	正 常 異 常
	生産又は死産の別	生 産 死 産 (妊娠 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日
所在地 医師又は 助産師氏名		氏 名

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間						
	上記の期間中の分として支払う報酬関係							
	上記の期間中の分とし、報酬を全額又は一部支給した(する)場合	(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	支給額	支払日	日額	
現在までも又将来も不支給の場合その旨								
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主名称 氏 名							事業主 担当者印	

< 申請書の送付先 >

社会保険労務士法人なんの木事務所 [〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29]

社内便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事)なんの木