支　給　決　定　伺

ルネサス健保使用欄

支給決定額	円			（決 裁）					
					常務理事	事務長	主任	担当	
伺年月日	令和　年　月　日								
決済年月日	令和　年　月　日								
支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			資格取得日	平成 令和　年　月　日				
標準報酬	月額　千円	日額　円		資格喪失日	令和　年　月　日				
	改定年月	令和　年　月 令和　年　月		支払年月日	令和　年　月　日				
				不支給理由					
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				
被保険者記入欄	被保険者の記号・番号(右詰め) ※枝番（-00）記入は不要です。			被保険者の氏名	
	記号	番号			
	事業所の名称			従業員番号	
	現住所・日中の連絡先電話番号	(TEL　)			
	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。 給与での支給を希望する場合	委任状 本請求に基く給付金に関する受領を　に委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名			
	本人口座振込を希望する場合	銀行　支店 （銀行コード：　）（支店コード：　）		1. 総合・普通 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 医師又は助産師氏名　所在地 名称 氏名 TEL	

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 事業主　所在地 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)(人事ソ)なんの木