

提出先：各会社の社会保険担当者

〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21  
日本アイ・ビー・エム健康保険組合 (HZD-YY1)

## 出 産 手 当 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	平成 年 月 日					
	健康保険組合理事長殿					
	〒 住 所 被保険者のフリガナ氏名					
	電話					
	下記のとおり請求します。					
被保険者証	記号	番号	事業所の名称		標準報酬月額額	千円
分娩のため休んだ期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					日間
上記の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	平成 年 月 日 から		日分 _____ 円			
	平成 年 月 日 まで					
振込先銀行名	銀行 支店 (普通当座)					
[IBM社員・関連会社社員は給与振込につき記入不要です] [健保に銀行口座を登録されている方は、登録済み口座に振り込まれますので記入不要です]						

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分娩年月日	平成 年 月 日	分娩単胎 ( 児)	
	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩予定多胎 ( 児)	
	正常分娩または異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			
	平成 年 月 日			
医療施設の名称・所在地				
医師・助産師名				

事 業 主 証 明	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 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	全額支給の場合	平成 年 月 日 からの分		金 _____ 円 (日額 _____ 円)	( 月 日支払)	( 金 円)
		一部支給の場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 までの分		金 _____ 円 (日額 _____ 円)	( 月 日支払)	( 金 円)
	支給しない場合						
上記のとおり相違ないことを証明します。							
平成 年 月 日							
事業主 住所 氏名							

2008.2改訂

受 付 日 付 印