次の通り請求します。

健康保険 出産手当(付加)金請求書

被保険者が記入するところ	尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。									令和	年	J	1	日	
	住友電気工業健康保険組合 御中 職番						氏	5 名							
	記号 記 号 · 番 号	番号	番号			出産	予	定	日	令和		年	月		日
						出	産		日	令和		年	月		日
	休 ん だ 期 間	^文 成 5和	Ē	月	E	~		·成 ·和			年	月		目	
※未経過の期間の申請はできません。申請期間がすべて経過した後に申請書を提出してください															さい。
退職者記入															
	銀行名		支 店	名		種 別		П	座	番号		П	座名	義	
						□普追									
欄						□当層	臣								
<u>F</u>	出産者の氏名					出産予	定	年 月	日	令和		年	月		日
医師	出産者の氏名					出産	定年	月	日	令和		年	月月		日日
師・	出産者の氏名 出生児数	人死産	児	数		出産	年	月	日			年			
師・助産	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。		児	数		出産	年	月	日合	令和		年	月	日	日
師・助産師に	出 生 児 数		児	数		出産	年	月	日合	令和 の 妊	娠 5	年	月	月	日
師・助産師によ	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。		児	数		出産	年	月	日合	令和 の 妊	娠 5	年	月	日	日
師・助産師による証	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。		児	数		出産	年	月	日合	令和 の 妊	娠 5	年	月	日	日
師・助産師による	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。		児	数		出産	年	月	日合	令和 の 妊	娠 5	年	月	日	日
師・助産師による証	出生児数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名)	児	数	人	出 産 死 産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	Ħ	日
師・助産師による証明	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名	令 年				出産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	B	日
師・助産師による証明	出 生 児 数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名 労 務 に 服 し	令 年	月	B	人	出 産 死 産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	日	日
師・助産師による証明 事業主の	出生児数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名 労務に服し なかった期間至平・ 有休(上記のうち報酬の全部	令 年令 年	月月月	日日	人	出 産 死 産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	日	日
師・助産師による証明 事業主	出生児数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名) 労務に服り間至いる なかった期間至平・ 有休(令 年 令 年)日 積休(月月月	日日	日間)日	出 産 死 産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	Ħ	日
師・助産師による証明 事業主の証	出生 児数 上記の通り相違ありません。 (医師又は助産師の住所・氏名) 労務に 服し なかった期間 至平・ なかった期間 有休(上記のうち報酬の全部 又は一部を支払った期間	令 年 令 年)日 積休(令 年	月 月)日	目 日	人	出 産 死 産	年の	月 場	合	令和 の 妊	娠 5	年	月	H	日