住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

出産手当金 請求書

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
支払年月日 令和　年　月　日	

月末最終稼働日までに健保に到着した請求書（原本）について
原則翌月に支給します。
書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。
在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号 ××××	番号 ××××××	被保険者氏名	住重　康子	
生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日		事業所名	株式会社　〇〇〇〇	
被保険者住所	〒 141-××××			東京都品川区大崎×ー×ー×	
出産予定年月日	令和 6 年 1 月 〇〇 日	出産のために休んだ期間	令和 5 年 12 月 〇〇 日から	＃＃ 日間	
出産年月日	令和 6 年 1 月 ×× 日		令和 6 年 3 月 ×× 日まで		
振込先金融機関名	※事業所(会社)を退職し資格を喪失した方のみご記入ください			所	普通預金
口座番号					

事業所（会社）を退職し住重健保の資格を喪失した方のみご記入ください。
また、こちらに該当する方は委任状欄は記入不要です。

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	令和 5 年 12 月 〇〇 日から 令和 6 年 3 月 ×× 日まで ＃＃ 日間	期間のうち有給休暇があればその期間 12 月 〇〇 日から 3 月 ×× 日まで ＃＃ 日間 その他に賃金の支給があればその金額 ＊＊＊,＊＊＊ 円

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 6 年 4 月 〇〇 日

事業主　所在地
名称
氏名

申請内容に相違がないことをご確認のうえ、
事業所印を押してください。

医師・助産師証明欄

出産予定年月日	令和　年　月　日	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産（妊娠　週　日 ）
出産年月日	令和		☐ 出産

上記のとおり相違ないこ　日

所在
医療機関　名
医師・助産師氏名　電話　－　－

医師または助産師に記入を依頼してください。

名称はゴム印を使用し
ゴム印がない場合は
医師の押印が必要です。

委任状

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。
※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

被保険者(申請者)	氏名（自署）	住重　康子　（住重） 提出日 令和 6 年 4 月 〇〇 日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人(事業主)	所在地 名称 氏名	この欄は会社が押印します。