

支給期間		支給額		支給決定日 平成 年 月 日				給付記録 入力済印
自平成	年 月 日	円	日間	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
至平成	年 月 日			円				円
(備考)								
円 × 2/3 × 日間 = 円								
(108条) 円 × 日間 = 円								

## 健康保険 出産手当金請求書

(第 回)

(記入上の注意)

・ ⑥ 欄が不明なときは、健康保険担当部署に聞いて下さい。

・ ⑩ 欄は、分娩のため休んだ期間を記入して下さい。

・ ⑪ 欄は、在職中の出産に関する請求のとき

・ ⑫ 欄は、資格喪失後の分娩に関する請求のとき

・ ⑬ 欄は、委託して下さい。

・ ⑭ 欄は、必要です。

・ ⑮ 欄は、必要です。

被保険者が記入するところ	① 健康保険証	記号	② 被保険者	住所 (〒 - ) 昭和・平成 年 月 日生				
		番号		氏名	印			
	③ 資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	⑤ 事業所の名称・所在地	(〒 - )				
	④ 資格喪失年月日	平成 年 月 日	⑥ 標準報酬月額	千円	⑦ 出産児の数	単児・多児( 児)		
	⑧ 分娩日	平成 年 月 日	⑩ 分娩のため休んだ期間		平成 年 月 日	平成 年 月 日	( 日間)	
⑨ 分娩予定日	平成 年 月 日							
事業主が証明するところ	⑪ 労務に服さなかった期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間					
	⑫ 上記期間中の分として報酬額を支払った期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間				全額支給・一部支給額 ( 円)	
			自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間				全額支給・一部支給額 ( 円)	
	⑬ 報酬の支払いの無かった期間		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間					
上記の通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 印								
医師又は助産師が意見を記入するところ	分娩日	平成 年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日				
	分娩の状態	正常・異常		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
					単児・多児( 児)			
	上記の通り相違ないことを証明します。							
平成 年 月 日								
医師 住所 氏名 印								
受取代理人	⑭ 本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。							
	平成 年 月 日							
		被保険者(請求者) 住所 氏名		印				
		事業主(又は代理人) 名称・所在地 氏名		印				
振込希望先	金融機関	銀行・信用金庫・その他		口座番号	普通・当座	フリガナ 口座名義		
			本店・支店・出張所					
			(〒 - )					
		被保険者(請求者) 住所 氏名		印 TEL ( - - ) FAX ( - - )				