

※支給決定伺						支給決定日 令和 年 月 日					
支給期間	自 令和 年 月 日			日間	標準報酬月額	円					
	至 令和 年 月 日				標準報酬日額	円					
支給額	法定給付	款 項 目	円			常務理事	事務長	担当			
	付加給付	款 項 目	円								
	合 計		円								

健康保険出産手当金・付加金請求書

(1枚目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成・令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	個人番号 (被保険者証の記号番号の記載がある場合は不要)												
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ			被保険者住所	〒							
		㊟				電話 ()							
		昭和・平成・令和 年 月 日				電話 ()							
	所属事業所及び部署名												
	分娩年月日	令和	年	月	日	分娩予定年月日	令和	年	月	日			
	分娩のため休んだ期間 ※下記参照し、ご記入ください	令和 年 月 日 から			日間								
		令和 年 月 日 まで											
	※分娩のため休んだ期間 ・分娩予定日より遅れて出産した場合・・・分娩予定日より42日前 (多胎分娩の時は98日) と分娩日の翌日から56日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入 ・分娩予定日より早く出産した場合・・・実際の分娩日より42日前 (多胎分娩の時は98日) と分娩日の翌日から56日間の範囲内で会社を休んだ期間を記入												
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか?			現在まで	受けた ・ 受けない			将来	受けられる ・ 受けられない					
②報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間			令和 年 月 日 から	の分として								円	
			令和 年 月 日 まで										

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から	日間							
			令和 年 月 日 まで								
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	①全額支給した場合または支給する場合	令和 年 月 日 から	円							
		②一部支給した場合または支給する場合	令和 年 月 日 から	円							
		③現在までにも、また将来も支給しない場合は、その旨	令和 年 月 日 から	の分の報酬は、現在も将来も支給しません。							
		令和 年 月 日 まで									
上記のとおり相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
所在地											
事業主 名 称											
氏 名											
㊟											
電 話											

医師又は助産師が証明するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日	
	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)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	入院して分娩したときは、その期間	令和 年 月 日 から	日間	入院の費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
		令和 年 月 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
所在地					
職名 () 名 称					
氏 名 印					
電 話					

◎資格喪失後の者は、無職無収入証明を記入してください。

無職無収入証明	令和 年 月 日 から	日間 無職無収入でありました。
	令和 年 月 日 まで	
	上記のとおり相違ありません。	
被保険者 住 所		令和 年 月 日
氏 名		印

委任状	私は、出産手当金・付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。	
	令和 年 月 日	
被保険者氏名		印

支払金融機関	資格喪失後の継続給付の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀 行 本店	
		信用金庫 支店	
		支店番号	預金番号 (右づめ)
		普通	
名義人 (フリガナ)			

令和 年 月 日提出
 受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合