

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

健康保険出産手当金請求書

(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 ()							
	所属事業所及び部署名	電話 ()												
	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		令和 年 月 日 まで		の分として		円						

※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				令和 年 月 日 までの分として			
		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				令和 年 月 日 までの分として			
	③現在までも、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					
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		

委任状	私は、出産手当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		

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