

※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	被保険者等 記号・番号		記号		〇〇		被保険者 資格取得日		平成		年		月		日		被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)		令和		年		月		日	
			番号		〇〇〇				令和		〇〇		04		01											
	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		フリガナ		ケンボ ハナコ		被保険者 住 所								〒 123-4567											
	生年月日				健 保 花 子												〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		××ハイツ123号							
					昭和・平成・令和				〇年		〇月		〇日				電話		03 (5678) 1234							
	所属事業所 及び部署名				株式会社 健康保険 組合部														電話		03 (1234) 5678					
	分娩年月日		令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日		分娩予定 年 月 日		令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日							
	分娩のため 休んだ期間 ※下記参照し、 ご記入ください		令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日		から		令和		〇〇年		〇〇月		〇〇日		まで		98 日間		下記の「分娩のため休んだ期間」 をご参照のうえご記入下さい。	
	※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												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												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()		
	入院して分娩したときは、その期間	令和 年 月 日 まで	院 の 用 の 別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
	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。	令和 年 月 日
	被保険者 住 所	
	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 〇〇年 〇月 〇〇日
	被保険者氏名 健 保 花 子	

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 信用金庫 信用組合	本店 支店
	※退職者以外は記入しないでください		

令和〇〇年〇月〇日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合