

※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	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 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	被保険者資格取得日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 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 ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者住所	〒 123-4567 ○○県○○市○○町1-2-3 ××ハイツ123号		
	昭 和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	電話	03 (5678) 1234		
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合理		電話	03 (1234) 5678	
	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	98 日間	令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 まで	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	令和 年 月 日 まで	日間	
	うへ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現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	の分の報酬は、現在も将来も支給しません。	
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	
	出生児の数	単胎・		生産・死産(妊娠ヶ月)	
	入院して分娩したときは、その期間	令和 年	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ※医師又は助産師に記入してもらってください </div>		院の別
		令和 年 月 日 まで			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。	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ※退職者以外は記入しないでください </div>		
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 〇〇年 〇月 〇〇日			
	被保険者氏名	<div style="font-size: 24px; font-weight: bold;">健保 花子</div> <div style="text-align: right; border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		

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	令和〇〇年〇月〇日提出
	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ※退職者以外は記入しないでください </div>			受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合