

|        |            |       |  |    |        |          |      |     |    |  |  |
|--------|------------|-------|--|----|--------|----------|------|-----|----|--|--|
| ※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) |             |  |         |                      |    |                  |                               |                |  |                    |  |          |   |  |
|  | フリガナ                         |             | ケンボ ハナコ  |         | 被保険者住所               |    | 〒 123-4567       |                               | 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 |  | ××ハイツ123号          |  |          |   |  |
|  | 氏名                           |             | 健保 花子  |         | 電話                   |    | 03 ( 5678 ) 1234 |                               |                |  |                    |  |          |   |  |
|  | 生年月日                         |             | 昭和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日   |         | 電話                   |    | 03 ( 1234 ) 5678 |                               |                |  |                    |  |          |   |  |
|  | 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 ○ ○ 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 |                  | 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。 |                |  |                    |  |          |   |  |
|  |                              |             | 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<br>・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  |  |          |  |  |
|                          |                    | 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 | ※事業主記入欄 |                      | 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        |             |         | 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 | 生産・死産(妊娠 ヶ月) |                 |
|                     | 出生児の数            | 単胎・         |  |          |              |                 |
|                     | 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; text-align: center;"> <b>※医師又は助産師に記入してもらってください</b> </div> |          | 院の用別         | 健保・公費<br>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。 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>※退職者以外は記入しないでください</b> </div> |  | 令和 年 月 日 |
| 被保険者 住所 |                |  |  |          |
| 氏名      |                |  |  |          |

|     |                                    |       |  |               |
|-----|------------------------------------|-------|--|---------------|
| 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。 |       |  |               |
|     | 被保険者氏名                             | 健保 花子 |  | 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 |

|        |   |  |          |             |
|--------|---|--|----------|-------------|
| 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<br>信用金庫<br>信用組合   | 本店<br>支店 | 令和〇〇年〇月〇日提出 |
|        |   | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> <b>※退職者以外は記入しないでください</b> </div> |          | 受付日付印       |

エイチ・アイ・エス健康保険組合