

※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	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			
	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)	番号	〇〇〇	令和	〇	〇	0	4	0	1						
	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 組合理			電話	03 (1234) 5678										
	分娩年月日	令和	〇	〇	0	3	0	3	分娩予定 年 月 日	令和	〇	〇	0	3	0	1
	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	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	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	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			
	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			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・				
	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;"> ※医師又は助産師に記入してもらってください </div>		院の用別	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。	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> ※退職者以外は記入しないでください </div>		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。			
	被保険者氏名	健保 花子		令和 ○○年 ○月 ○○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 信用金庫 信用組合	本店 支店	令和○○年○月○日提出
		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> ※退職者以外は記入しないでください </div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 受付日付印 </div>

エイチ・アイ・エス健康保険組合