

支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円				
支給期間	年 月 日～ 年 月 日 日間	資格	取得	年 月 日	
出産予定日	令和 年 月 日		喪失	年 月 日	
出産の日	令和 年 月 日	前回開始		年 月 日	
給付計算	標準報酬月額 (/) × = 合計 日割 (/) × = 平均 2/3割	前回終了		年 月 日	
	円 × 日間 = 円	法第 104 条	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当		

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の 記号・番号	・	② 事業所の名称	
	③ 被保険者の名 氏	(フリガナ)	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	⑤ 被保険者の所 住	(〒 -)	⑥ 都道府県	(都 道 府 県)
	電話番号	- -		
	⑥ 出産予定日	令和 年 月 日	⑦ 出産日	令和 年 月 日
	⑧ 出産のため休んだ 期間 (申請期間)	年 月 日～ 年 月 日 日間		
	⑧ に書いた期間分の報酬 (賃金) を 受けましたか、又は受けられますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
⑨ 「はい」と答えた場合、その報酬の額と、 その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日～ 年 月 日 円			

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	住所 被保険者 (請求者) 氏名 _____	
	事業所名 代理人 氏名 _____	

受 付 印

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～ 令和 年 月 日 日間													出勤	有給	
	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		日	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
上記の期間に対して、賃金を支給しました（しますか）か？				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月		日					
上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合または支給する場合（賃金台帳添付）				令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間													円		
				令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間													円		
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																			
事業所所在地 〒																			
事業所名称																			
事業主氏名																			

医師又は助産師が意見を書くところ	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	入院期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	入院費用の別 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
名称・所在地				
医療機関等の				
医師・助産師の氏名				
電話 () -				

※ 訂正された場合は、二重線で抹消後訂正印を押印ください。

※任意継続の方のみ 支払金融機関の欄								
口座名義 (請求者名義)	フリガナ		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知				
金融機関名	フリガナ		口座番号	左づめでご記入ください。				
	銀行	本店						
	信用金庫	支店						