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 円×　日間＝　円	前回終了		年　月　日
		法第 104 条		□ 該当　□ 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 被保険者等記号・番号	・	② 事業所の名称		
③ 被保険者の氏名	(フリガナ)	④ 被保険者の生年月日	□ 昭和 □ 平成	年　月　日
⑤ 被保険者の住所	(〒　-　)	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）	令和　年　月　日～　令和　年　月　日　日間			
⑨ 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	□ はい　□ いいえ			
「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 被保険者（請求者）　住所 氏名
	代理人　事業所名 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。																		出勤	有給
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？	□いいえ □は　い	給与の種類	□月給　□時間給 □日給　□歩合給 □日給月給　□その他	賃金計算	締　日	日
					支払日	□当月 □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	□　生産 □　死産　（妊娠　　週）	出生児の数	□　単胎 □　多胎　（　　児）
入院期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間	入院費用の別	□健　保　□ 公　費 □自　費　□ 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

医療機関等の　名称・所在地

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	□ 普通　□ 別段 □ 当座　□ 通知
金融機関名	フリガナ 銀　行　　本店 信用金庫　　支店	口座番号	左づめでご記入ください。