

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	資格	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 被保険者番号	×××・××××	② 事業所の名称	(株)
	③ 被保険者の名	(フリガナ)ケンポ ハナコ 健保 花子	④ 被保険者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ××年 5月 5日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ××年 5月 5日
	⑤ 被保険者の住所	(〒×××-××××)	都道府県	市 町××番地××
	電話番号	×××-××××-××××		
	⑥ 出産予定日	令和××年 5月 10日	⑦ 出産日	令和××年 5月 15日
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和××年 3月 30日～令和××年 7月 10日 103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		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 受けた場合ご記入ください	
	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 7月 16日
	住所 被保険者(請求者) 県 市 町××番地×× 氏名 健保 花子
事業所名 代理人 株式会社 氏名 ○ ○ ○ ○	

受付印

労務に服さなかった期間		令和 ××年 3月 30日～ 令和 ××年 7月 10日													103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																				
事業主が証明するところ	××年 3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0日	0日		
	××年 4月	1	2	3	4	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	0日	0日
	××年 5月	1	2	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	0日	0日
	××年 6月	1	2	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	0日	0日
	××年 7月	1	2	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	公	0日	0日
上記の期間に対して、賃金を支給しました（しますか）か？		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい		給与の種類		<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給		賃金計算		締日		末日																						
						<input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他						支払日		<input checked="" type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月 20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 7月 25日																										
事業所所在地 〒 ×××-××××																																				
事業所名称 県市 ×丁目××																																				
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。		この欄は医師にご依頼ください 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	<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			