

常務理事	事務長	担当	
支給決定	年	月	日

出産手当金請求書(第 \* 回)

平成 \*\* 年 \*\* 月 \* 日 提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	記号 * * * * *	番 号 * * * * *	フリガナ ケンボ ハナコ	氏名 健保 花子 印
	被保険者住所	〒 ***-**** 東京都〇〇区〇〇町*****			
	被保険者資格 取得年月日	昭 平 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇		事業所コード	***
	分娩の日	平成 ** 年 * 月 ** 日	左記の分娩の日は 実分娩日ですか、 予定分娩日ですか	1. 実分娩日 (分娩予定日 年 月 日) 2. 予定分娩日	
	分娩のために 休んだ期間	平成 ** 年 * 月 ** 日から 平成 ** 年 * 月 ** 日まで ** 日間 但し、 日間は有給・出勤のため除く			
	上記期間中に 報酬を 受けましたか	1. 受けた 2. 受けられる 3. 受けない 4. 受けられない	1、2の場合は その報酬額、 その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円
	入院して 分娩したとき	病院名 △△△病院	所在地 〇〇県△△市*****		
	入院期間	平成 ** 年 * 月 ** 日 から 平成 ** 年 * 月 ** 日 * 日間			
	被扶養者 の有無	有 無	被扶養者	氏 名 生 年 月 日 昭 平 年 月 日	続 柄
入院費用 の別	自費・健保・公費・その他( )				
(委任状欄) 本請求に基づく給付金に関する受領を株式会社〇〇〇〇 (事業主名)に委任致します。 被保険者氏名 健保 花子 印					

事業主証明欄	労務に服さなかった期間 平成 年 月 日から 日間 但し、 日間は有給・出勤のため除く 平成 年 月 日まで				
	期間分として支払う報酬 1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 全額支給する 4. 一部支給する 5. 支給しない	支給した場合の期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間 金額 円			
	上の通り相違ありません。平成 年 月 日 事業主住所 名称 印				
医師の証明欄	分娩日 平成 年 月 日	分娩予定日 平成 年 月 日			
	異常分娩又は正常分娩の別 正常・異常	生産又は死産の別 生産又は死産	生産・死産（妊娠 ヶ月）		
	出生児の数 単体・多胎（ 児）				
	入院分娩の時はその期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	入院費用	自費・健保・公費 その他（ ）		
上の通り相違ありません。平成 年 月 日 住所 電話 医療機関名 氏名 印					
健保組合記入欄	資格取得 昭和 平成 年 月 日	資格喪失 平成 年 月 日			
	標準報酬月額 千円	標準報酬日額 円	支給回数 回		
	支給期間及び支給日数 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	支給算出額 円			
	付加金の有無 有・無	支給期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
	備考	受付日付印			