

伺年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当	担当			
支払年月日	令和	年	月	日								
支払支給決議書	支払額				資格	備考	得			年	月	日
	支給決定額	支給内訳	法定	款項目			喪			年	月	日
			付加									
	支給期間	法定	令和	年			月	日	～	令和	年	月
分娩の日	令和	年	月	日	決定標準報酬			千円/月 @	円/日			

健康保険 出産手当金・出産手当附加金 請求書

被保険者が記入するところ	被保険者の記号と番号	記号	番号	被保険者(請求者)の氏名									
	被保険者の現住所	〒											
	会社名												
	被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者の標準報酬月額	千円						
	この請求は分べん前のものですか、分べん後のものですか		分べん前 ・ 分べん後										
	分べん前のときは、分べん予定日、 分べん後のときは、分べんの日		令和	年	月	日	分べん						
	※ 分べんのため 休んだ期間		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
	うえの※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		受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない										
	報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払いの基礎となった(なる)期間		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	円
	入院して分べんされましたか、入院しないで分べんされましたか		入院分べん ・ 入院外分べん										
入院して分べんしたとき	病院又は産院名	病院又は産院の所在地											
	入院した期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間	
	自費で入院しましたか 健康保険で入院しましたか		自費 ・ 健保 ・ その他		被扶養者がいますか	いる ・ いない							
	被扶養者がいるときはその者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄							
		昭和 平成	年	月	日								

※ 右ページの「委任欄」も、ご記入ください。

健保受付印

事業主が記入するところ	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日から	金	円	日額	
			令和	年	月	日まで	(月	日	支払)
	全額支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日から	金	円	日額		
令和		年	月	日まで	(月	日	支払)	金	円
現在までも又将来も支給しない場合は、その旨										
上記のとおり相違ありません										
令和										
住所										
事業主										
氏名										

医師又は助産師が記入するところ	分べん年月日	令和	年	月	日	分べん予定年月日	令和	年	月	日
	分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常 ・ 異常	分べん後のときは、 生産又は死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠		ヶ月)			
			単胎または多胎の別		単胎 ・ 多胎 (児)			
	入院して分べんしたときは、その期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
上記のとおり相違ありません		令和								
職名 (医師)										
住所										
氏名										
電話										

委任欄	私は 事業主 を代理人と定め、出産手当金および同附加金の受領方を委任します。									
	令和									
	住所									
	被保険者									
氏名										

住所										
事業主										
氏名										