

同年月日	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	拾万 万 千 百 拾 円				
	支給内訳	法定	資格	得	年 月 日	
	支給決定額	法定	資格	喪	年 月 日	
	支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	備考	決定標準報酬	千円/月 @ 円/日	
分娩の日	令和 年 月 日					

記入例

健康保険 出産手当金・出産手当附加金 請求書

A3サイズ

被保険者の記号と番号	記号	100	番号	9999	被保険者(請求者)の氏名	田熊 幸子
被保険者の現住所	〒 660 - 0123 尼崎市田熊町 1-2-3					
会社名	(株) タクマ					
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和	27 年 4 月 15 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しょうか、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 3 年 10 月 17 日 分べん				
※ 分べんのため休んだ期間	令和 3 年 9 月 6 日 から 令和 3 年 12 月 12 日 まで 98 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	尼崎産婦人科		病院又は産院の所在地	尼崎市潮江 3-2-1	
	入院した期間	令和 3 年 10 月 16 日 から 令和 3 年 10 月 22 日 まで 7 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 令和 年 月 日まで (月 日 支払) 金 円
		全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 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 年 月 日			
事業主	住所	被保険者の勤務先の人事(総務)に記入してもらってください	
	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	入院費用の別
上記のとおり相違ありません				
令和 年 月 日				
職名 (医師) (助産師)	住所	病院の医師等に記入してもらってください		
	氏名			
	電話			

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 3 年 12 月 25 日

委任欄

被保険者

住所 尼崎市田熊町 1-2-3

氏名 田熊 幸子

事業主

住所 被保険者の勤務先の人事(総務)に記入してもらってください

氏名