

※支給決定日				支給決定日 平成 年 月 日				
支給期間	自 平成 年 月 日			日間	標準報酬月額	円		
	至 平成 年 月 日				標準報酬日額	円		
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当		
	付加給付	款 項 目	円					
	合 計		円					

健康保険出産手当金・付加金請求書

(1枚目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成		年		月		日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成		年		月		日		
	個人番号 (被保険者証の記号番号の記載がある場合は不要)																			
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ							被保険者住所	〒										
		昭和・平成 年 月 日								電話 ()										
	所属事業所 及び部署名	電話 ()																		
	分娩年月日	平成		年		月		日	分娩予定 年月日	平成		年		月		日				
	分娩のため 休んだ期間 ※下記参照し、 ご記入ください	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間																		
	※分娩のため休んだ期間 ・分娩予定日より遅れて出産した場合・・・ 分娩予定日より42日前 (多胎分娩の時は98日) と 分娩日の翌日から56日間 の範囲内で 会社を休んだ期間 を記入 ・分娩予定日より早く出産した場合・・・ 実際の分娩日より42日前 (多胎分娩の時は98日) と 分娩日の翌日から56日間 の範囲内で 会社を休んだ期間 を記入																			
	①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、または受けられますか?			現在まで	受けた ・ 受けない			将来	受けられる ・ 受けられない											
	②報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間			平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで の分として 円															

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 から	日間														
			平成 年 月 日 まで															
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	①全額支給した場合または 支給する場合	平成 年 月 日 から	の分の報酬を 円受けた。														
		②一部支給した場合または 支給する場合	平成 年 月 日 から	の分の報酬を 円受けた。														
	③現在までも、また将来も 支給しない場合は、その旨		平成 年 月 日 から	の分の報酬は、現在も将来も支給しません。														
上記のとおり相違ないことを証明します。																		
平成 年 月 日																		
所在地																		
事業主 名 称																		
氏 名																		
電 話																		

医師又は助産師が証明するところ	分娩年月日	平成 年 月 日	分娩予定年月日	平成 年 月 日	
	正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常		生産又は死産の別	
	出生児の数	単胎・多胎(児)		生産・死産(妊娠ヶ月)	
	入院して分娩したときは、その期間	平成 年 月 日 から	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
		平成 年 月 日 まで			
上記のとおり相違ないことを証明します。				平成 年 月 日	
職名()	所在地	名称	氏名	印	
			氏名	電話	

◎資格喪失後の者は、無職無収入証明を記入してください。

無職無収入証明	平成 年 月 日 から	日間 無職無収入でありました。
	平成 年 月 日 まで	
	上記のとおり相違ありません。	
	被保険者 住所	
	氏名	印

委任状	私は、出産手当金・付加金の受領に関することを事業主に委任いたします。		平成 年 月 日
	被保険者氏名		印

支払金融機関	資格喪失後の継続給付の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。	銀行 本店	
		信用金庫 支店	
		支店番号	預金番号(右づめ)
		普通・当座	
名義人(フリガナ)			

平成 年 月 日提出

受付日付印

エイチ・アイ・エス健康保険組合