

※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					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 210401	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	〒 123-4567 ケンボ ハナコ 健保 花子 (印)		被保険者住所	○県○市○町1-2-3 ××ハイツ123 電話 03 (5678) 1234		
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合部		電話	03 (1234) 5678		
	分娩年月日	平成 ○○年 03月 03日	分娩予定年月日	平成 ○○年 03月 01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 01月 19日 から		100 日間		下記の「分娩のため休んだ期間」をご参照のうえご記入下さい。	
	※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	平成 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	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	平成 年 月 日 まで	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	平成 年 月 日 まで	の分の報酬を 円受けた。
		③現在までにも、また将来も支給しない場合は、その旨	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	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 (印)					
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	生産・死産(妊娠ヶ月)
	出生児の数	単胎・多胎(児)			
	入院して分娩したときは、その期間	平成 平成	日間	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>職名() 名称</p> <p>氏名 印</p> <p>電話</p>				

◎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	
上記のとおり相違ありません		
被保険者	住所	平成 年 月 日
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。	
	被保険者氏名	平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
	健保 花子	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 信用組合
		※退職者以外は記入しないでください

平成○○年○月○日提出

受付日付印