

※ 健保記入欄				資格取得年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
支給額	円	標準報酬月額	円	資格喪失年月日	年 月 日			

## 健康保険 出産手当金請求書

被 保 者 記 入 欄	提出日	令和		年		月		日	被保険者等記号・番号	記号		番号						
	事業所名								所属名									
	被保険者の氏名								被保険者の住所									
	被保険者の資格を取得した日	平成		令和		年		月		日	被保険者の資格を喪失した日	令和		年		月		日
	分娩予定日	令和		年		月		日	分娩の日	令和		年		月		日		
	分娩のためやすんだ期間	令和								年		月		日	から	日間		
		令和								年		月		日	まで			
	退職者は下記を記入してください。在籍者は記入不要。																	
	振込希望銀行	銀行名								支店名				当座・普通	口座No.			
		名義								フリガナ								

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	令和		年		月		日	から					日間
		令和		年		月		日	まで					日間
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合または支給する場合	令和		年		月		日	から	の分	金	円	日額
		一部支給した場合または支給する場合	令和		年		月		日	から	の分	金	円	日額
		現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨												
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 氏名														

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	分娩予定年月日	令和		年		月		日	分娩年月日	令和		年		月		日
	分娩後のときは正常分娩または異常分娩の別	正常・異常			分娩後のときは、生産または死産の別			生産・死産(妊娠 ヶ月)								
					単胎または多胎の別			単胎 多胎								
	入院して分娩したときは、その期間	令和		年		月		日	から	日間	入院費用の別	健保・自費 ..... 公費・その他				
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 氏名															

※ この請求書は必ず事業所担当部署を経由して、健康保険組合へ提出して下さい。  
 ※ 毎月20日締切、翌月給与で給付します。

※ -----  
 受付日付印