

常務理事	事務長	担当
支給決定	年 月 日	

出産手当金請求書(第 * 回)

平成**年**月**日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号	記号	番 号	フリガナ	ケンボ' ハナコ	
	被保険者住所	〒***-**** 東京都〇〇区〇〇町*****				
	被保険者資格 取得年月日	昭 平	〇〇年 〇〇月 〇〇日			
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇		事業所コード	***	
	分娩の日	平成**年*月**日	左記の分娩の日は 実分娩日ですか、 予定分娩日ですか	1. 実分娩日 (分娩予定日 年 月 日) 2. 予定分娩日		
	分娩のために 休んだ期間	平成**年*月**日から 平成**年*月**日まで **日間 但し、 日間は有給・出勤のため除く				
	上記期間中に 報酬を 受けましたか	1. 受けた 2. 受けられる 3. 受けない 4. 受けられない	1、2の場合は その報酬額、 その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	
	入 院 し て 分 娩 し た と き	病院名	△△△病院	所在地	〇〇県△△市*****	
		入院期間	平成**年*月**日から 平成**年*月**日 *日間			
		被扶養者 の有無	有 無	被扶養者	氏 名	生年月日 続柄
入院費用 の別		自費・健保・公費・その他()				
(委任状欄) 本請求に基づく給付金に関する受領を株式会社〇〇〇〇 (事業主名)に委任致します。 被保険者氏名 健保 花子 印						

事 業 主 証 明 欄	労務に 服さなかつた 期 間	平成 年 月 日から 日間 但し、 日間は有給・出勤のため除く 平成 年 月 日まで			
	期 間 分 として 支払う報酬	1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 全額支給する 4. 一部支給する 5. 支給しない	支給した場合の 期 間 金 額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	円
上の通り相違ありません。平成 年 月 日 事業主 住 所 名 称 印					
医 師 の 証 明 欄	分娩日	平成 年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日	
	異常分娩又は 正常分娩の別	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	単体・多胎(児)			
	入院分娩の時 はその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	入院費用	自費・健保・公費 その他()	
	上の通り相違ありません。平成 年 月 日 住 所 電 話 医療機関名 氏 名 印				
健 保 組 合 記 入 欄	資格取得	昭和 平成 年 月 日	資格喪失	平成 年 月 日	
	標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	支給回数 回
	支給期間及び 支給日数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	支給算出額		円
	付加金の有無	有・無	支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	備 考				