

支出 決議 書					金額	円
支給						
非常理事	事務長	総務課長	課長補佐	係員	期間	年 月 日 日間
					備考	
年 月 日 決裁				年 月 日 執行		

出産手当金請求書 (第 回)

健康保険

被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 支給額計算		⑥ 給付記録番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日		
①	②	③	年	月	日	* 1. 2. 3.	**	* 0 : 無	**	年	月	日
**						4. 5.		1 : 有				
⑨ 被保険者(請求者)の氏名			(フリガナ)			⑦ 事業所の名称						
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑩ 郵便番号		(フリガナ)		⑧ (電話番号)						
		⑪ 住所コード				()						
⑫ 出産の日		年 月 日		⑬ 左の⑫の出産日は実際の出産日ですかまたは出産予定日ですか		1. 実出産(出産予定日 年 月 日) 2. 予定出産						
⑭ 出産のため休んだ期間(支給期間)		自 年 月 日 至 年 月 日		⑮ 日数		⑯ 被保険者の資格を取得した日		年 月 日		⑰ 被保険者の標準報酬月額		千円
⑱ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか		受けた 受けない		⑲ 報酬の支払い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		年 月 日から 年 月 日まで		の分として 円				
⑳ 病院等の名称		㉑ 病院等の所在地		㉒ 氏名		㉓ 生 年 月 日		㉔ 被保険者との続柄				
㉕ 上記㉒の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間		自 年 月 日 至 年 月 日		㉖ 日数		年 月 日		提出				
㉗ 上記㉒の休んだ期間のうち自費で入院した期間		自 年 月 日 至 年 月 日		㉘ 日数		年 月 日		受付日付印				
⑳ 支給算出額(手)		㉙ 調整減額コード		㉚ 海外表示		㉛ 特別支給コード						
円				0. 国内 1. 海外								

◎「※」印欄は記入しないでください。

事業主が証明する欄	⑳ 勤務に服さなかった期間		㉑ 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																											
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計	出勤	有給																									
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日	日																									
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																												
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																													
㉒ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		年 月 日																												
㉓ うえのとおり相違ないことを証明します。		年 月 日																												
住所 〒																														
事業主																														
氏名		電話 (局) 番																												

在職中にかかる出産手当金請求期間の場合は出勤簿・賃金台帳を添付してください。

医師または助産師が意見を書くところ	㉔ 出産年月日		年 月 日		㉕ 出産予定年月日		年 月 日		
	㉖ 正常出産または異常出産の別		正常・異常		㉗ 生産または死産の別		生産・死産(妊娠 カ月)		
	㉘ 入院して出産したときは、その期間		年 月 日から 年 月 日まで		㉙ 入院費用の別		健保・公費 自費・その他		
	㉚ 出生児の数		単胎・多胎(児)						
	㉛ うえのとおり相違ありません。		年 月 日						
職名 ()		住所 〒		氏名		電話 (局) 番			

※	㉜ 減額期間	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	㉝ 日数	金額	円
	㉞ 全部不支給	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	㉟ 日数		
	㊱ 不支給(産前法定外)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	㊲ 日数		
	㊳ 不支給(産後法定外)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	㊴ 日数		

支払方法	⑳ 支払金融機関の欄	㉑ (ゆうちょ銀行を含む)		㉒ 金融機関コード	㉓ 支店コード	㉔ 預金種別	㉕ 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		㉖ 銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
		㉗ 口座番号(右づめて記入)		㉘ 口座名義		(フリガナ)				

受取代理人の欄	㉙ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日		
	被保険者(請求者) 住所 氏名		㉚ 委任者と代理人との関係		
	㉛ 代理人の住所		㉜ (フリガナ)		
㉝ 代理人の住所		㉞ 郵便番号		㉟ (フリガナ)	
㊱ 住所コード		* 住所コード			

送信