

出産手当金支給決定伺

資格	得	年 月 日	支給決定金額					常務理事	事務長	課 長	係
	喪	年 月 日	+	万	千	百	+	円			
前回までの支給期間	自	年 月 日	支給期間	自	年 月 日	日間	計算基礎				
	至	年 月 日		至	年 月 日						
健保法第108条適用	自	年 月 日	標準報酬月額				千円				
	至	年 月 日	分娩前	日	分娩後	日					
		金額	円								

健康保険出産手当金請求書

① 第 回

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号番号	第 号	③ 被保険者の氏名と印	フリガナ	
	④ 被保険者の住所	(〒 -)		TEL () -	
	⑤ 被保険者の勤務する事務所の名称				
	⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	年 月 日	⑦ 被保険者の標準報酬月額	千円	
	⑧ 分娩年月日	年 月 日	⑨ 分娩予定日	年 月 日	
	⑩ 分娩のため休んだ期間(支給期間)	年 月 日から 年 月 日まで		日間	
	⑪ うえの⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない 受けられる・受けられない		⑫ 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払基礎となった(なる)期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円
	受 取 代 理 人	⑬ 病院又は産院名			⑭ 病院又は産院の所在地
		⑮ 入院したとき	年 月 日から 年 月 日まで		日間
		⑯ 上記⑮の入院した期間のうち健康保険で入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで		日間
受 取 代 理 人	⑰ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 住所 (請求者)				
	⑱ 代理人の氏名と印	(フリガナ)		氏名	
受 取 代 理 人	⑲ 代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)		
	年 月 日提出				
⑳ フリガナ		口座番号			
銀行	本店 支店	口座名義人			
信用金庫	普通・当座	氏名			

受付日付印

(あなた又は受任者の銀行口座を必ず記入してください)

被保険者氏名

事業主が証明するところ	① 労働に服さなかった期間 ② 年 月 日から 年 月 日まで 日間					
	③ 就労状況 (欠勤……欠 出勤……出 有給……有 公休……公 早退……早 と該当日に表示)					
		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				
	④ 月					
	⑤ 月					
	⑥ 月					
証明するところ	⑦ 1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入)		⑧ 基本給・諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)			
			月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日
	基本給 円		円	円	円	円
	月給・日給・日給月給・時給・その他 ()					
	住宅手当 無・有 (1か月) 円		円	円	円	円
	通勤手当 無・有 (1か月) 円		円	円	円	円
	家族手当 無・有 (1か月) 円		円	円	円	円
	手当 (1か月) 円		円	円	円	円
合計 (1か月) 円		円	円	円	円	
証明するところ	⑨ 給料締切日 日	⑩ 基本給、諸手当の計算方法 (具体的に記入)				
	給料支払日 日					
証明するところ	⑪ 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所の所在地 名称 事業主の氏名 電話番号 ()					

医師又は助産婦が意見を書くところ	⑫ 分娩年月日 年 月 日	⑬ 分娩・単胎
	分娩予定年月日 年 月 日	分娩予定・多胎 () 児
	⑭ 請求が分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別 正 常 ・ 異 常	⑮ 請求が分娩後のときは生産又は死産の別 生産 ・ 死産 (妊娠 月)
	⑯ 入院して分娩したときはその期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	⑰ 入院に要した費用内訳 健康保険 (本人・家族) 自 費 その他 ()	
⑱ 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住 所 医師又は助産婦 氏 名		