

出産手当金支給決定伺

資格	年 月 日	支給決定金額				常務理事	事務長	課長	係
費	年 月 日	十	万	千	百				
前回までの支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	支給期間				計算基礎			
健保法第108条適用	自 年 月 日 至 年 月 日	標準報酬月額				千円			
	日間	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
	入院したとき	⑬ 病院又は産院名	⑭ 病院又は産院の所在地	
	分娩	⑮ 入院した期間	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 代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	
	⑲ 代理人の住所	〒	(フリガナ)	
	⑳ フリガナ	口座番号		
	銀行	本店	口座名義人	
	信用金庫	普通・当座	氏名	

年 月 日提出

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 労務に服さなかった期間	⑦ 年 月 日から 年 月 日まで 日間																														
	② 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
	③ 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																											
	基本給	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																											
	通勤手当 無・有(1か月)	円	円	円	円																											
	家族手当 無・有(1か月)	円	円	円	円																											
手当(1か月)	円	円	円	円																												
手当(1か月)	円	円	円	円																												
合計(1か月)	円	円	円	円																												
④ 給料締切日	日	⑨ 基本給・諸手当の計算方法(具体的に記入)																														
給料支払日	日																															
⑤ 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	① 分娩年月日	年 月 日	⑩ 分娩・単胎	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定・多胎()児	
	② 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	⑪ 請求が分娩後のときは生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 カ月)
	③ 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	
	④ 入院に要した費用内訳	健康保険(本人・家族) 自 費 その他()		
	⑤ 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		