

支給金額	¥
資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の氏名 生年月日及押印	年 月 日生	
	被保険者の現住所	〒			
	被保険者の勤務する 事業所名				
	被保険者の資格取得日	年 月 日			
	この請求は分べん前のもので すか、分べん後のもので すか	分べん前 ・ 分べん後			
	分べん前のときは、分べん 予定日、分べん後のときは、 分べんの日	年 月 日 分べん			
		年 月 日 分べん予定			
	分べんのため休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	上記の期間に報酬(賃金)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			
	報酬支払を受けた時又は受け られる時は、その報酬額と報酬 支払の基礎となった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで の分として 円			
入院して分べんしましたか、 入院しないで分べんしましたか	入院分べん ・ 入院外分べん				
こ ろ	入院して分べんした時	医療機関の名称			
		医療機関の所在地			
		入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間		
		自費で入院しましたか 健康保険で入院しましたか	自費 ・ 健保 ・ その他		

年 月 日提出

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		年 月 日 から	日間	
			年 月 日 まで		
	上の期間中の分として支払う報酬証明	全額支給 (出勤、有給)		年 月 日 から	日間
				年 月 日 まで	
一部支給			年 月 日 から	日間	
			年 月 日 まで		
	支給なし		年 月 日 から	日間	
			年 月 日 まで		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日					
所在地					
事業所名					
事業主名					

医師又は助産師が意見を書くところ	分べん年月日及び分べん予定日		年 月 日 分べん	
			年 月 日 分べん予定	
	分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	分べん後のときは、生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
			単胎又は多胎の別	単胎・多胎
入院して分べんしたときは、その期間		年 月 日 から	日間	
		年 月 日 まで		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日				
所在地				
医療機関名				
医師氏名				
電話				

支払金融機関	銀行 本店		
	金庫 支店		
	普通・当座	口座名義	(フリガナ)
口座番号			