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）

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・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		
	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 年　月　日 まで	日間
	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 年　月　日 まで	日間
		一部支給	年　月　日 から 年　月　日 まで	日間
		支給なし	年　月　日 から 年　月　日 まで	日間
	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 年　月　日　まで		日間
	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 金庫 農協			本 店 支 店
	口 座 番 号	普通 ・ 当座	口座名義	（フリガナ）