

受付日付印

対象期間	42日前 月 日から	分娩予定日 月 日	56日後 月 日まで
支給期間	月 日から	分娩日 月 日	計 月 日まで 日間

支給決定伺

年 月 日	伺出
年 月 日	決議
年 月 日	施行

常務理事	事務長	事務課(係)長	係	得喪	年 月 日	支給済	自 年 月 日
					年 月 日		至 年 月 日
支給決定額				標準報酬月額	千円	日額	円
				算定	円 × $\frac{\quad}{100}$ × 日 =		円
				備考			

事業所担当者印

健康保険 出産手当金請求書

提出年月日を記入してください。
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123456	フリガナ 被保険者の氏名と印 生年月日	ケンポ ハナコ 健保 花子	(印)	
	被保険者の現住所	〒 111-1111 神奈川県横浜市○○区○○町1-1-1				電話 888-888-8888
	この請求は分娩前のものですか、分娩後のものですか	分娩前 ・ 分娩後				
	分娩前のときは、分娩予定日	分娩予定日	平成・令和 ○年 ○月 ○日			
	分娩後のときは、分娩の日と分娩予定日	分娩日	平成・令和 ○年 ○月 ○日			
	分娩のために休んだ期間	分娩のため 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで ○○日間				
	うえの期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられましたか	一部でも報酬を受けた場合は受けたに○をしてください。 受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
	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額支払いの基礎となった期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 円				
	入院して分娩したとき	病院又は産院名	入院した期間	病院又は産院所在地	東京都○○区3-3-3	

給付金振込先は、一般被保険者は給与組込しますので記入は不要。また任意継続被保険者につきましても指定口座に振込しますので記入は不要。

※退職後に請求する場合のみ記入が必要です※
(勤務している方は、記載は必要ありません)

事業主が証明するところ	※この欄は事業主で記入いただき、押印が必要です※		円)
			円)
			月 日
	事業所名称		
	事業主氏名	印	

医師又は助産師が意見をかくところ	<small>医師又は助産師の証明をもらってください。 ※分娩年月日、分娩予定年月日は本人記入欄の記載と一致します。</small>		月 日
	※この欄は医療機関で記入していただき、医師または助産師の押印が必要です※		費 の他
			日
	住所		
	職名()		
	氏名	印	
		電話 ()	