

支給 決議	伺年月日		.		.		取得 年月日		.		.		常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者		
	支給額							喪失 年月日		.		.							
								出産手当金 日額				円							
	支給 内訳		日額		日数									支給期間	. . ~ . .				日間
													分娩予定 年月日	. .		分娩年月日	. .		

事業所コード		事業所名
0	1	本社

事業所	所属長	担当者

出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンボ ハナコ		生 年 月 日	昭 平		
	16 01	123456	氏名	健保 花子					
	被保険者の 現住所	〒 100-0000 東京都〇〇区××1-2-3 (連絡先電話番号) 00 - 000 - 0000							
	適用事業所	山崎製パン 株式会社							
	分娩予定 年月日	令和	分娩年月日	令和					
	分娩のため 休んだ期間	令和 ~							日間
	入院期間	令和 ~							日間
	入院費用	自費 健保・その他 ()		被扶養者の有・無		有・無			
	上記のとおり請求します。 本請求に基づく在籍期間中の出産手当金の受領は代理人(事業主)に委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります) 令和 . . 年 . . 月 . . 日 被保険者氏名 健保 花子								

喪失(退職)後は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。												支払	決議	受付	
振 込 先	銀行				支店										
	普通預金	口座番号	No.												
	名義人(カタカナ)														

事業主証明欄	記号・番号	16 01	123456	氏名	健保 花子		
	取得年月日	平成・令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇		喪失年月日	平成・令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	標準報酬月額	240 千円
	労務に服さなかった期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇					〇〇 日間
		※ 労務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳を必ず添付して下さい。					
	雇用区分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト					
備考							
証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。						
	令和 年 月 日		所在地		記入不要		
			事業所				
			名称				
			事業所長名				

健保使用欄	期 間	金 額	日 数	日 額
	令和 . . ~ . .			
	令和 . . ~ . .			
	令和 . . ~ . .			
	令和 . . ~ . .			
	令和 . . ~ . .			

医師又は助産師の意見欄	出産者氏名	健保 花子			
	分娩予定年月日	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	分娩年月日	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	
	出世児の数	単胎・多胎 (児)		生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	分娩のために入院した期間	令和 . . ~ . .	入院費の別	自費・健保・その他 ()	
	上記のとおり相違ありません。				
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇		所在地	東京都〇〇区××× 5-5	
			医療機関	〇〇〇産婦人科医院	
			名称	保険 元	
			担当医氏名	保険 元	
※医療機関名等ゴム印を押印ください					