

支給 決議	同年月日	・	・	取 年 月 日	得 日	・	・	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者					
	支給額																
													喪 年 月 日	失 日	・	・	
	支給内訳	日	額	日	数												
出 産 手 当 金 額														円			
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

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	生 年 月 日	昭 平	・	・
	16			氏名				
	被保険者の 現住所	〒 (連絡先電話番号) — —						
	適用事業所							
	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	
	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>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)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名</p>							

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	証記号・番号	16	氏名	
	取得年月日	平成・令和 . .	喪失年月日	平成・令和 . .
	業務に服さなかった期間	令和 . . ~ . .	標準報酬月額	千円
	※ 業務に服さなかった期間の給与明細と出勤台帳の写し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				
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 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	. .	~	. .		
	令和	. .	~	. .		

医師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	出産者氏名		
	分娩予定年月日	令和 . .	分娩年月日 令和 . .
	出世児の数	単胎・多胎(児)	
	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 年 月 日 所在地 医療機関 名称 担当医氏名		

※医療機関名等ゴム印を押印ください

【医師へのお願い】
訂正の際は、訂正印の押印をお願いします。