

※ 本件支給して よろしいか	常務理事	経理担当	担当者	資格照合	起案年月日		令和年月日					
					摘要							
	標準報酬月額		支給期間			支給日数	支給回数	支給決定額				
	千円		自年月日 至年月日 日間			日間	回	万				円
	分娩予定年月日			令和年月日			分娩年月日		令和年月日			
	前回までの支給期間		年月日から年月日 日間									
	資格取得年月日		S・H・R 年月日			資格喪失年月日		令和年月日				

**健康保険出産手当金請求書（第 回）**

請求者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	—		被保険者 氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日						
	被保険者の住所	〒 —				電話 ( )					
	事業所名						被保険者の 業務の種類				
	分娩予定年月日	令和 年 月 日			標準報酬月額	千円					
	分娩年月日	令和 年 月 日			単胎または多胎妊娠の別	単胎・多胎 ( 人)					
	①分娩のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間									
	上記①の期間中に事業主から報酬の支払を受けましたか。				ア. 受けた		イ. 受けられる		ウ. 受けられない		
②報酬の支払を受けた時、または受けられる時は、その報酬の支払の基礎となった期間とその額				年 月 日から		年 月 日まで		日間		円	
※	振込希望金融機関名 (請求者が退職の場合のみ記入)			銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店	普通 当座	口座No.		
	③労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間									
事業主が証明するところ	④③の期間に報酬の全部または一部を支給した場合の金額	<input type="checkbox"/> 全額支給した場合または支給する場合			年 月 日から 年 月 日までの分 金 円 ( 月 日 支払)						
		<input type="checkbox"/> 一部を支給または支給する場合			年 月 日から 年 月 日までの分 金 円 ( 月 日 支払)						
		<input type="checkbox"/> 支給しない 現在も将来も支給しない場合はその旨									
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 名称 事業主氏名 電話 ( )										
医師・助産師が証明するところ	分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日			単胎または多胎妊娠の別	単胎・多胎 ( 人)					
	分娩年月日	平成・令和 年 月 日			生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 第 週)					
	入院して分娩した時はその期間	年 月 日から			年 月 日まで 日間		入院費用の別		健保・公費 自費・その他		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称 所在地 医師・助産師名 電話 ( )										
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日				代理人 氏名 住所 電話 ( )						

《請求者》事業主の証明と病院の証明を受けてください。退職後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

《事業主が証明するところ》出勤簿に基づいて厳正に記入してください。報酬を支給した場合は必ず記入してください。