

※ 支給 決議書	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日						
	支 給 額							
支給内訳	法定	款 項 目	資 格	得	年 月 日	療	得	年 月 日
	付加			喪	年 月 日	養	喪	年 月 日

健康保険 出産手当金支給請求書

被保険者証の記号・番号(左詰め)	㉞ 生 年 月 日	支給額計算	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	昭平令 年 月 日	1 2 3 4 5		※ 0:無 1:有	年 月 日
①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	事業所の	名称	所在地
被保険者の(申請者)住所	郵便番号	(フリガナ)	電話番号	住所	
被保険者の資格を取得した日	令和 年 月 日	被保険者の標準報酬月額	千円		
② 出産(予定)の日	令和 年 月 日	① 左記の②の出産日は実出産ですか。又は予定出産ですか	1.実 出 産 (出産予定日 年 月 日) 2.予定出産		
④ 出産のため休んだ期間(支給期間)	年 月 日から	年間	日間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間
④うえの④に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか	受けた 受けない	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年 月 日から の分として 年 月 日まで 円		
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

※ 支給算出額(手)	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	備考
		0 : 国内 1 : 海外		

※	減 額 期 間	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	金 額
	全 部 不 支 給	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	円
	不 支 給(産 前)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	
	不 支 給(産 後)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日 数	

受取金融機関	支払区分	1:銀行振込 2:事業所経由	預金種別	振込銀行	本店 支店 出張所
	口座番号		普通	銀行	
	口座名義				

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

被保険者(申請者)	住所	氏名	電話 ()
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	
代理人住所	〒	フリガナ	令和 年 月 日提出
		電話 ()	受付印

◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

社会保険労務士の提出代行者名

○申請期間とその期間前一ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

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				
	下の表の数字に出勤は「○」、有休は「△」、公休は「公」、欠勤は「／」でそれぞれ表示して下さい。										
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
	出勤 日	有給 日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円		
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
	出勤 日	有給 日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円		
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
	出勤 日	有給 日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円		
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
	出勤 日	有給 日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円		
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
	出勤 日	有給 日	年 月 日から		年 月 日まで		日間		円		
	給与の種類		賃金計算	締 日		支 払 日					
月給・日給・時間給		日		日							
労務につかなかった期間のうちの賃金支払状況(出勤した日、有給休暇の日を除く)											
(1)現在までも、また将来も支給しない場合はその旨											
(2)全部または一部支給した(する)場合はその内訳											
上記のとおり相違ないことを証明します							担当者氏名				
年 月 日		事業所所在地									
		事業所名称									
		事業主氏名					電話 ()				

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産または死産の別	生 産 ・ 死 産(妊娠 か月)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません			
		令和 年 月 日		
医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名(職名)		()		
		電話 ()		