

出産手当金請求書

年 月 日提出

本人記入欄	保険証の 記号番号	(記号) _____ (番号) _____	被保険者 氏 名	印 ※1 (昭・平・令 年 月 日生)
	事業所名 所属課係	課 係	被保険者 住 所	〒 _____ 電話 () _____
	分娩の日	年 月 日	休んだ期間中 有給休暇や給 料を受けられ る日があると きはその期間 (暦日期間)	年 月 日から
	分娩のため仕事 を休んだ期間 (暦日期間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日まで (日間)

(注) 裏面の医師意見を記入してもらったうえ、事業所担当係に提出してください。 ※1 被保険者が自ら署名する場合は捺印不要

被保険者のマイナンバー記載欄 ※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。										

決定	年 月 日	給付決定決議書	健康保険組合起案・決議		
	No. _____		係	事務長	常務理事

給付期間	年 月 日 産前 日	給 付 額		千	円
	年 月 日 産後 日				
計 日		1日 円 × 日			
出産予定年月日	年 月 日	(不支給期間：日額以上・傷手等) 1日(上記同一)円 × 日			
出産年月日	年 月 日				
資格	取得	年 月 日	(会社支給額：日額未済の場合)		
	喪失	年 月 日			
備考		出 産 手 当 金 日 額			円

医師または助産師の証明欄	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日 予定		
	出産年月日	平成・令和 年 月 日 出産		
	正常分娩または異常分娩の別	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)	入院費用の負担	・ 自 費 ・ 健康保険診療
	入院して出産したときはその期間	平成・令和 年 月 日 から平成・令和 年 月 日まで (日 間)		
	<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医師または助産師の 名 称</p> <p>主治医氏名 印</p> <p>電 話 ()</p>			

事業主証明欄	休業等不就労期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	雇用形態	勤続	年	資格等級		
	給料・賃金等の所定額	支払項目	所 定 額	支払形態	上記所定金額を 全額補償した (年休 日) (会社休日 日)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	円	
		通勤手当		(支給基準等)		左記所定額の 一部を補償した (説 明)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)
		計			支給なし	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		(¥0)
		給与計算期間 支払日	前・当月 日 から 前・当月 日 まで 当月 日 支払い	資格喪失前後の受給の場合 退職日以降の報酬支払日		年 月 日		
	上記のとおり証明します。					事業所担当部署		
	年 月 日					係		長
	事業主住所 氏名					印		

- ・休業した期間の勤怠表およびその実績が反映された月の給与が確認できる書類を添付してください。
- ・資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回申請については事業主証明が必要です。