支給決議書	常務理事	事務長	業務課長	係	係	資格	取	年　月　日
							喪	年　月　日
						出生児数		単胎・多胎
						標準報酬月額		千円
	予定分娩日		実分娩日					
	年　月　日		年　月　日			法108条該当		（日額　円）　円
	支給期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間				支給額		円
	法第58条減額期間	理由（　）　年　月　日から　年　月　日まで　日間						
	法第　条全額不支給	理由（　）　年　月　日から　年　月　日まで　日間						
	理　由	1．有給のため　2．支給済のため　3．その他						

健康保険　出産手当金請求書

（注意事項）

・⑧欄は請求書提出するとき現在までの「受けた」・「受けない」に、又将来のことを「受けられる」・「受けられない」にわけて二つの事項をマルで囲むこと。

・⑩欄は、被保険者（本人）が喪失後に受領するとき、被保険者名義の希望する振込金融機関名を記入してください。

・被保険者（請求者）氏名欄の認印は朱肉印を押印し、また記載事項を訂正した場合はその箇所に同印を押すこと。

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号・番号	・	②被保険者（請求者）	住所 氏名　㊞
③資格取得日	年　月　日	④資格喪失日（退職日の翌日）	年　月　日
⑤予定分娩日	年　月　日	⑥実分娩日	年　月　日
⑦分娩の為休んだ期間（請求期間）	年　月　日から　年　月　日まで　日間		
⑧うえの⑦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 受けられる・受けられない	⑨報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、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 年　月　日まで 円
⑩振込希望の銀行名	銀行　支店（普通・当座）（名義人　）		

事業主が証明するところ

⑪出勤状況

ア、⑦欄に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して記入してください。
イ、欠勤日は「○」、有給休暇は「×」、日、祝日・定休日は赤「○」を記入してください。

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
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
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
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

⑫賃金支給状況

○印をつけた期間の属する月の賃金台帳（給料支給台帳）を、そのまま転記してください。
支給しないときは「0」と記入してください。

賃金計算期間	賃金の種別	月給 日給	通勤手当	家族手当	残業手当	手当	手当
	正常勤務時間の報酬	円 円	円	円	円	円	円
月　日～月　日		日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円
月　日～月　日		日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円
月　日～月　日		日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円
月　日～月　日		日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円

退職後の期間の請求は、この欄の記入は不用です

賃金	締切日	毎月　日	賃金の支給形態	月給（　年　月　日から休職） 日給月給・日給・時給 （該当のものを○で囲んでください）
	支給日	毎月　日		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業所の所在地・名称

事業主氏名　㊞

医師又は助産婦が証明をするところ	⑬ 予定分娩年月日	年　月　日		
	⑭ 実分娩年月日	年　月　日　生産　・　死産（妊娠　週		
	⑮ 正常分娩又は異常分娩の別	正常　・　異常	⑯ 出生児の数	単胎・多胎（　児）
	⑰分娩のため入院したときはその期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間	
	上記のとおり相違ありません。 年　月　日 所在地 医療機関 名　称 TEL（　）－（　）－（　）　医師または助産婦氏名　㊞			

委　任　状

この請求金額の受け取り方を　　に

委任します。

年　月　日

被保険者氏名印　㊞

（注意）申請印と委任状印は同じ印を押印してください。