

出産手当金請求書(産前・産後)

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	被保険者氏名	印				
	住 所	〒		電話番号	() -				
	分娩予定年月日	年	月	日	分娩のため会社を休んだ期間	自	年	月	日
	実分娩年月日	年	月	日		至	年	月	日
銀 行 保 険 者	銀行 口座 番号	銀 行 名	支 店 名	口座番号	普通				
	(フリガナ)								
マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。 <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)									
備考									

事 業 主 証 明 欄	産前42日間・産後56日間についてご記入下さい。 産休...○ 出勤...△ 有給.../ 公休...×																															
	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
	*上記期間の給与支払状況について、いずれかに○をつけて下さい															特記事項																
	1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 支給しない															1. 2. の場合は支給状況を 下欄に記入して下さい																
	給与締切日 日 給与支払日 日																															
	計算期日	支払 基礎 日数	基本給 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	合 計	この欄に記入したことは事実に相違ありません。																									
	/ ~ /						年 月 日																									
/ ~ /						[事業所]																										
/ ~ /						名称																										
/ ~ /						所在地																										
/ ~ /						事業主																										
給与の種類		月給・日給月給・日給・時給・その他()																														

病 院 が 証 明 す る 欄	分娩予定年月日	年	月	日	出生児の数					
	実分娩年月日	年	月	日						
	生産・死産の別	生産	・	死産(妊娠 ヶ月)	単胎(1名)・多胎(名)					
	上記の通り相違ない事を証明する。									
年 月 日					医療施設名称					印
年 月 日					医師名					

健 保 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年	月	日	常務理事	確認	担当						
	支給期間	産前	年	月	日	～	年	月	日	日間	計 日間	資格 取得 喪失	年	月	日
		延長	年	月	日	～	年	月	日	日間					
		産後	年	月	日	～	年	月	日	日間					
	不支給期間と その理由	計 日間						標準報酬 月 額	千円						
支給額計算										受付日付印					