

支給決定伺

起案年月日年 月 日

決 裁

常務理事事務長係台帳照合

平均標準報酬月額	支 給 期 間	支給日数	回 数	支 給 決 定 額									
円	自 年 月 日 至 年 月 日												円
出 産 年 月 日	年 月 日												
前回迄の支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日												
資格関係照合済	取得 年 月 日 喪失 年 月 日												

健康保険 出産手当金請求書（第 回目）

請求者が記入するところ

被保険者証の記号
番号

事業所の名称

出産予定日年 月 日※出産前の請求は、出産予定日の記載。出産後の請求は、出産予定日と出産日の記載

出 産 日年 月 日出生児の数□ 単胎 □多胎（ 児）

出産のために休んだ期間（請 求 期 間）年 月 日から
年 月 日まで日間左記の期間中において
給料を会社から
受けたかどうかア. 受けた
イ. 受ける予定
ウ. 受けられない

資格喪失後請求の
場合は振込先銀行 支店（普・当）口座番号
請求者名義（フリガナ）

上記のとおり請求します。平成 年 月 日
〒 ー
被保険者の住所
（請求者）氏名

被保険者のマイナンバー記載欄

（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

医師・助産師記入欄

出産予定日年 月 日

出 産 日年 月 日

出生児の数□ 単胎
□ 多胎（ 児）

生産・死産の別
生産
死産（妊娠第 週）

左記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日
医療施設の所在地、
医療施設の住所
医師・助産師の氏名
電話番号（ ）

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

左記の期間に対して
賃金を支給しましたか□ はい
□ いいえ

賃金支払状況

年 月 日～ 年 月 日 日間 円
年 月 日～ 年 月 日 日間 円
年 月 日～ 年 月 日 日間 円

労務に服さなかった期間の勤怠《勤務表等写しでも可》【出勤→○ 年休→△ 公休→× 産休→／】

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

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

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

上記のとおり相違ないことを証明します。
平成 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

委任状

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を下記受任者に委任します。
平成 年 月 日
住所
委任者（被保険者）の氏名
住所
受 任 者 の氏名