

記入例

支給決定欄…健康保険組合使用欄(記入不要)

被保険者記入欄…申請者本人が記入する欄

医師・又は助産師記入欄…申請者が担当医師又は助産師に依頼し、記入してもらう欄

事業主証明欄…申請者が事業主に提出したあとと事業主が記入する欄(本人記入不要)

支給決定欄	前回までの支給期間	S・H・R	年	月	日	～	S・H・R	年	月	日
	支給期間	S・H・R	年	月	日	～	S・H・R	年	月	日
被保険者記入欄	出産手当金支給額	円	×	日						
	付加金支給額	円	×	日						
	合計	円	×	日						

出産前42日(予定日より42日前)
出産日は産前に含みます
出産後56日の期間が対象です。

被保険者記入欄の
赤字部分を
ご記入ください。

健保記入欄

産前産後休業期間

付加金支給額

合計

被保険者(申請者)記入欄	被保険者等 記号・番号	2000	事業所の名称	石原産業株式会社
	この請求は出産後又は 出産前のどちらですか	出産前・出産後	出産児の数	単胎・多胎(名)
	出産予定日	R 〇 年 6 月 5 日	出産年月日	R 年 月 日
	出産のため休んだ期間 (請求期間)	R 〇 年 4 月 25 日 ～ R 〇 年 5 月 31 日		37 日間
	出生児の氏名 生年月日・続柄	氏名 生年月日 R 年 月 日 続柄	氏名 生年月日 R 年 月 日 続柄	
	石原産業健康保険組合理事長 殿 上記によって請求します。			
被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇 大阪市〇〇区〇〇1-1-1			
被保険者 氏名	健保 花菜	印	生年月日 S・H・R 2年 9月 22日	

20XX 年 6月 6日

氏名自筆の場合
捺印不要

医師・又は助産師記入欄	出産者氏名	この欄は医師又は助産師に 記入してもらってください。		
	出産年月日	R 年 月 日	出産予定年月日	R 年 月 日
	正常出産又は 異常出産の別	正常・異常	生後又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	入院して出産したときは その期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日		日間
事業主証明欄	請求の一回目が	年 月 日		
	・出産前のとき…出産予定年月日 の証明	(出産の日を証明するものとして後日母子手帳のコピーをご提出ください)		
	・出産後のとき…医師(助産師)の証明	年 月 日		

事業主証明欄	労務に服しなかった期間 (土日含む)	R 年 月 日 ～ R 年 月 日 (日間)		
	上記期間中に支給した 報酬額及び期間	R 年 月 日 ～ R 年 月 日 (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	全欠	*勤務状況を下記表示 産前休業日 → ○ (出産日を含む) 産後休業日 → ●
	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	全欠	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				

給付を事業主委任とせず、公金口座受取を希望される方は委任状は記載せず、「保険給付について
公金受取口座を利用することの届出」をあわせてご提出ください。