起案日	年 月 日		決議日	年 月 日	
常務理事	事務長	担当者	出産予定日	年 月 日	
			出産日	年 月 日	
資格取得日	年 月 日		支給期間	年 月 日～年 月 日(日間)	
資格喪失日	年 月 日		支給基礎	出産前	年 月 日～年 月 日(日間)
被扶養者	有 ・ 無			出産後	年 月 日～年 月 日(日間)
標準報酬月額	千円(第 級)				
			支給金額		円

ロイヤルホテル健康保険組合 理事長 殿

出産手当金請求書

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号		フリガナ	被保険者生年月日	
		被保険者氏名・印	年 月 日	
被保険者の(申請者)住所・電話		(TEL: - -)		
事業所の名称	所属			
出産予定日	年 月 日	分娩日	年 月 日	
出産のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
出産した病院	病院の所在地			
上記の休んだ期間のなかで報酬(給与)の支払を受けられるとき又は受けられたとき	支払を受けた ・ 受けなかった			
上記で受けたと答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間をご記入ください	年 月 日から		年 月 日まで 円	

金融機関	金融機関名称	銀行・金庫 信組・農協	本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号
	口座名義	フリガナ	

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)氏名	※自署の場合は押印不要
	事業所代理人の氏名	

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)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

受付日付印

医師又は助産婦が意見を書くところ

出産予定年月日及び出産年月日	年 月 日 出産予定		年 月 日 出産	
正常分娩又は異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	出産又は死産の別	出 産 ・ 死 産(妊娠 カ月)	
出生児の数	単 児 ・ 多 児 (児)			
入院して出産したとき	年 月 日から 日間	健康保険適用による入院期間	年 月 日から 日間	年 月 日まで 日間
費用	健康保険	自 費	その他()	
上記のとおり 相違ありません。		令和 年 月 日		
住所	(TEL: - -)			
病院名				
医師名	印			

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
労務に服さなかった期間のなかで報酬を一部又は全部支給した場合、支給する場合	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	合計	日間について	円 支給した(支給する)
全く支給しない場合はその旨			
出産手当金支給期間内で、出勤等で報酬の支払いがある場合	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	年 月 日から	年 月 日まで	日間
	合計	日間について	円 支給した(支給する)
備 考			
上記のとおり 相違ありません。		令和 年 月 日	
事業主	所在地		
	名称		
	代表者名	印	