

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	健保 花子 印				H○○ 年 ○○ 月 ○○ 日					
									※自署の場合押印不要										
被保険者の (申請者) 住所・電話		〒 123 - 4567 大阪市北区○○○○丁目○○-○○ (TEL: 090 - 1234 - 5678 )																	
事業所の名称		株式会社○○○○○○						所属		○○部 ○○○○									
出産予定日		R2 年 10 月 22 日				分娩日		R2 年 10 月 24 日											
出産のため 休んだ期間		R2 年 9 月 11 日 から R2 年 12 月 19 日 まで 100 日間																	
出産した病院		○○○○病院				病院の所在地		病院の住所を記入											
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	任意継続及び喪失者の方はこちらに記入してください							
	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。 R2年 12月 23日											
	被保険者(申請者)氏名 健保 花子								在職者の方はこちらに記入してください ※在職中の方は、事業所への委任払いに			
	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	医療機関に記入してもらってください			日から 日 まで	
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	
	事業主に記入してもらってください まで 日間	
	(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		