支給決定伺	支給金額	￥	支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	常務理事	事務長	課長	担当者
	一部不支給	期間 自 年 至 年						
		理由 1.出勤						月 日
		2.有給						月 日
								月 日
								月 日
								月 日
		3.その他						月 日
	備考				出手日額	円	第 回目	

記　入　例

出産の証明を受けてから、2枚とも事業所へご提出ください。

これより上は記入しないでください。

出　産　手　当　金　請　求　書

1 2
被保険者記入用

【記入上の注意】

1 ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。
2 在職中の方は、委任欄について提出日および氏名を記入のうえ捺印(被保険者の氏名横に押印した印と同じ印)をしてください。
3 記入箇所を訂正する場合は、被保険者(請求者)の訂正押印(氏名横に押印した印と同じ印)が必要です。修正テープ等は不可です。
4 資格を喪失された方で銀行等への振り込みを希望されるときには、払渡希望金融機関の名称等を記入してください。(本人名義の口座に限ります)
5 在職者は出産手当金請求書が事業所に到着した日の時点で請求期間の初日より3ケ月経過している場合「出産手当金遅延理由書」を併せてご提出ください。
(退職者は、当組合に到着した時点となります。)
6 請求期間については、出産の日(予定日より遅れた場合においては出産予定日)以前42日目の日と出産の日後56日目の日をご記入ください。

被保険者(請求者)記入欄					
被保険者証の記号番号	記号 ○○○○	番号 ○○○○○	被保険者(請求者)氏名・印	(フリガナ) サガワ ハナコ 佐川 花子 ㊞	
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○市○○1-1-10 ○○マンション101号		生年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
			電話番号(日中の連絡先)	○○○(○○○)○○○○	
出産予定日	令和 2年 4 月 1 日	出産日	令和2 年 4 月 1 日	☑ 単胎 ☐ 多胎 ⇒( )児	
出産した病院名または産院名	○○○病院	所在地	〒 ○○○−○○○○ ○○市○○1-1		
請求期間	令和2 年 2 月 20 日から 令和2 年 5 月 27 日まで 98 日間				
資格喪失のみ記入	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	口座	(フリガナ)	
	ご記入ください		名義		

在職中の方は受領代理人が必要です。
委任欄記名押印のうえ事業所へ提出してください。

委任欄		
本請求に 健保代理	健保代理受領口代理人氏名	健保受付印
令和2年 月 日 **被保険者氏名** (請求者) 佐川 花子 ㊞		

同じ㊞で押印してください。

マイナンバーは、被保険者証の記号番号を記入した場合、不要です。

【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
・ 記載した場合は必ず個人番号確認、本人確認の添付書類が必要です
(本人確認の添付書類については健康保険組合へお尋ねください)

R2.7改訂