※ 支払決議書				決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
伺年月日	令和　年　月　日								
支払年月日	令和　年　月　日								
支給額	円								
支給内訳 法定	款 項 目	円		資格 得	年　月　日	療養 得	年　月　日		
付加				喪	年　月　日	喪	年　月　日		

健康保険　出産手当金支給請求書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号(左詰め)	㋐ 生年月日	支給額計算	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	昭平令　年　月　日	※ 1 2 3 4 5	※	※ 0:無 1:有	※ 年　月　日

㋑被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	事業所の 名称 所在地
※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。			
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 -	(フリガナ)	
	電話番号	住所	

被保険者の資格を取得した日	令和　年　月　日	被保険者の標準報酬月額	千円
㋒ 出産(予定)の日	令和　年　月　日	㋓ 左記の㋒の出産日は実出産ですか。又は予定出産ですか	1.実出産(出産予定日　年　月　日) 2.予定出産
㋔出産のため休んだ期間(支給期間)	年　月　日から 年　月　日まで	日間	自 ※ 年　月　日 至 ※ 年　月　日　日間
㋕うえの㋔に書いた期間の部分の報酬を受けましたか。又は受けられますか	受けた　受けない 受けられる　受けられない	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	年　月　日から　の分として 年　月　日まで　円

確認欄	
□	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

※	支給算出額(手)	調整減額コード	海外表示	特別支給コード	備考
	円		0:国内 1:海外		

※								
減額期間	期間	自 年　月　日	至 年　月　日	日数 日	金額 円			
全部不支給	期間	自 年　月　日	至 年　月　日	日数 日				
不支給(産前)	期間	自 年　月　日	至 年　月　日	日数 日				
不支給(産後)	期間	自 年　月　日	至 年　月　日	日数 日				

受取金融機関

支払区分	1:銀行振込　2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行　本店 支店 出張所
口座番号		普通		
口座名義				

◎受取代理人の欄(①②いずれか☑)

□ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者(申請者)	日付　年　月　日
事業主名称			氏名
□ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			年　月　日
被保険者(申請者)	住所 氏名	電話　(　　)	
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	令和　年　月　日提出
代理人住所	〒　－　フリガナ 電話　(　　)		受付印

社会保険労務士の提出代行者名	

○申請期間とその期間前一ヶ月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写を添付してください。

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

下の表の数字に出勤は「○」、有休は「△」、公休は「公」、欠勤は「／」でそれぞれ表示して下さい。

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		
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで　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		
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで　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		
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで　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		
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで　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		
出勤　日	有給　日	年　月　日から　年　月　日まで　日間	円

給与の種類	賃金計算	締　日	支　払　日
月給・日給・時間給		日	日

労務につかなかった期間のうちの賃金支払状況（出勤した日、有給休暇の日を除く）

(1)現在までも、また将来も支給しない場合はその旨

(2)全部または一部支給した（する）場合はその内訳

上記のとおり相違ないことを証明します

担当者氏名	

年　月　日 事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　　電話　（　　）

医師又は助産師が意見を記入するところ

出産年月日	令和　年　月　日	出産予定年月日	令和　年　月　日
正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産（妊娠　か月）
出生児の数	単胎・多胎（　児）		

上記のとおり相違ありません

令和　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名（職名　　）

電話　（　　）