

支給期間	令和 年 月 日	支給支払い決裁書			
	令和 年 月 日間	常務理事	事務長	会計	抜者
支払額	円				
支払年月日	令和 年 月 日				
分べんの日	令和 年 月 日				
被保険者の標準月額	日額	資格取得		年 月 日	
報酬月額・日額	千円 円	資格喪失		令和 年 月 日	

健康保険

出産手当金請求書

令和 年 月 日 提出

被保険者	被保険者証の記号・番号	記号	事業所の名称		
		番号			
	被保険者の氏名と [㊞]	[㊞]	生年月日	昭・平	年 月 日
	分べんした年月日	令和 年 月 日	出生児氏名		

医師・助産師記入欄	分べん年月日	令和 年 月 日	分べん予定日	令和 年 月 日
	生産または死産の別	生産(妊娠 カ月)・死産(妊娠 カ月) 週	胎児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ないことを証明する			
		令和 年 月 日		
	医療施設の名称・所在地	〒		
	医師・助産師名	[㊞]	TEL	

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 日間	
	賃金支払状況	上記期間中の 全額支給	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		一部支給	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		不支給	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
	上記期間中の支払賃金合計額	円 日額 円	
	上記のとおり相違ないことを証明します		令和 年 月 日
	事業所所在地		
	事業主氏名	[㊞]	

委任状	私は、下記の事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	令和 年 月 日請求した出産手当金の受領に関すること。	
	被保険者の住所	[㊞]
	氏名	[㊞]
	事業所所在地	
	事業主名称	[㊞]
	事業主氏名	

健保受付印

【2019.5 改訂】