

支給期間	令和 年 月 日	支給支払決裁書			
	令和 年 月 日間	常務理事	事務長	会計	扱者
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 番号	事業所の名称		
	被保険者の氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 生産(妊娠 カ月)	<input type="checkbox"/> 死産(妊娠 カ月 週)	胎児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日 から 年 月 日 日間
	上記期間中の 賃金支払状況	<input type="checkbox"/> 全額支給 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		<input type="checkbox"/> 一部支給 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
		<input type="checkbox"/> 不支給 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
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

【2024.12 改訂】