

支給 決議	決定額							円	発議	令和 年 月 日	決 裁	
									決議	令和 年 月 日		
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで			日間	資格取得	昭・平・令 年 月 日			標準報酬月額		
	産前産後	月 日～ 月 日まで 月 日～ 月 日まで		日間 日間	資格喪失	令和 年 月 日			年 月 円			
不支給期間	1. 年 月 日 以前・以降 決定給付期間外のため 2. 月 日から 月 日までのうち 日間 有休・出勤 によるため 3. 月 日より 月 日まで前回支給済											

### 健康保険 出産手当金請求書（第 回）

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の 氏名・生年月日	在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。  昭和・平成 年 月 日	
	被保険者(本人)の 住所・電話番号	〒 — ※団地・アパートの場合は、その名称、住宅番号、〇〇方を必ずご記入ください。  Tel ( )			
	事業主(会社名) の名称				
	分娩の日	令和 年 月 日			
	分娩予定日	令和 年 月 日			
	出生児の数	1. 単胎 2. 多胎 ( 児)			
	分娩のため休んだ 期間(請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで ( 日間)			
	上の期間中出勤 した日があるとき はその期間	月 日から 月 日まで ( 日間)	上の期間中有給休暇を 取った日があるとき はその期間	月 日から 月 日まで ( 日間)	

※注意事項

R3.3 改訂

- 太線の枠内をご記入ください。被保険者証の記号番号及び氏名は、2枚とも記入して下さい。
- この請求書を提出するときは、請求期間経過後に提出して下さい。

被保険者証の記号番号	—	被保険者氏名	
------------	---	--------	--

事業主が証明するところ	労務に服さなかった日（該当する日を○で囲むこと）						
	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	日間				
	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	日間				
	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	日間				
	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	日間				
	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	日間				
	上の「労務に服さなかった期間」に対して賃金を支給しました（します）か？						
	<input type="checkbox"/> はい ⇒下欄にその内訳を記入して下さい <input type="checkbox"/> いいえ						
	賃金の種別	賃金の計算期間 通常勤務時の金額	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日
	基本給	円	円	円	円	円	円
	家族手当	円	円	円	円	円	円
	役職手当	円	円	円	円	円	円
	職能手当	円	円	円	円	円	円
	住宅手当	円	円	円	円	円	円
	通勤手当	円	円	円	円	円	円
手当	円	円	円	円	円	円	
手当	円	円	円	円	円	円	
総支給額	円	円	円	円	円	円	
欠勤控除する場合の計算式							
賃金の支給形態	<input type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給	締切日	日	支給日	(当月・翌月) 日		
※請求期間にかかる勤怠簿（写）、賃金台帳（写）を添付してください。							
上記のとおり相違ないことを証明します。							
確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。						
<input type="checkbox"/>							
令和 年 月 日	事業所の所在地・名称 事業主の氏名						

担当医師が意見を記入するところ	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 日）
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話番号			

※記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上、サインをご記入ください。