

支給決定 支出決議書	常務理事	事務長	係												
	標準報酬月額	支給期間			支給日数	回数	支給決定額						決議 年 月 日		
	,000	自	年	月	日	日間									
	前回までの 支給期間	自	年	月	日	日間									
	入院期間	自	年	月	日	日間	備考								
資格期間	取得	年	月	日	喪失	年								月	日

健康保険 出産手当金申請書(第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	① 記号番号	—	② 被保険者の 氏名	③	
	④ 被保険者の 現住所				
	⑤ 事業所の 名				
	⑥ 入社日	年	月	日	⑧ この請求の時期は 分娩前・分娩後
	⑦ 退社日	年	月	日	
	⑨ 分娩予定日	年	月	日	⑩ 出生児の氏名と続柄
	分娩年月日	年	月	日	
	⑪ 分娩の為 休んだ期間	年	月	日から	⑫ 入院して分娩しましたか はい・いいえ
		年	月	日まで	
	⑬ 上記期間中に 事業主から報酬を 受けましたか	受けた・受けない		⑭ 入院費の支払は 自費・健保扱い・その他	
⑮ 入院期間	年	月	日から	日間	
⑯ 入院した病院又 は診療所名					
⑰ 入院した病院又は診 療所の所在地					

⑱ 委任状 (事業所所属の方)	上記請求金額の受領を _____ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名
⑲ 領収書 (任意継続の方)	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名
⑳ 振込希望銀行名 ※事業所所属の方は 記入不要	銀行 支店 普通・当座 口座番号〔 _____ 〕 (フリガナ) 口座氏名

事業主記入欄	②① 分娩の為 休んだ期間	年 月 日 から		日 間		
		年 月 日 まで				
	②② 上記期間中に支払った報酬	イ) 全額支給した場合	年 月 日 から	の分として	月 日	支払済 支払予定
		ロ) 一部支給した場合	年 月 日 まで			
		ハ) 支給しない理由				
		本 給	円	月 日 ~	月 日 (日分)	
		交 通 費	円	月 日 ~	月 日 (日分)	
		家 族 手 当	円	月 日 ~	月 日 (日分)	
		役 付 手 当	円	月 日 ~	月 日 (日分)	
		住 宅 手 当	円	月 日 ~	月 日 (日分)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。					年 月 日
	事業主所在地					
	事業主名称					
	事業主氏名					
	TEL : — —					
※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。						
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。					
<input type="checkbox"/>	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。					

医師又は助産師の意見記入欄	②③ 分娩予定年月日	年 月 日	②④ 出産日	年 月 日	
	②⑤ 入院して分娩した時はその期間	年 月 日 から	日間	②⑥ 入院費用別の 健保・自費・その他	
		年 月 日 まで			
	上記のとおり相違ないことを証明します。				
	医療機関所在地				年 月 日
	医療機関名称				
	医師の氏名 (助産師)				
	TEL : — —				

030401