No.

※ 決議書

決裁日付印

伺年月日	令和　年　月　日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者台帳照合印
支払年月日	令和　年　月　日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					

支給内訳	法定	款 項 目 拾万 万 円	資格	得	年　月　日	前回	始	年　月　日
	付加			喪	年　月　日		終	年　月　日
支給期間	法定	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間	法第55条	該当・不該当		入院期間	令和　年　月　日から	
	付加	令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間	標準報酬日額		円		令和　年　月　日まで	日間
分べんの日		令和　年　月　日						

※支払 支給

（被保険者への注意事項）

1. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧は「賃金支払内……ど」をみればわかります。
2. ⑨のA、⑨のBの「分べん、分べん予定」の別、⑪のA、⑫のAおよび⑫の……とオは、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なお、⑪のAは、現……にも「受けない」が将来も「受けられない」場合又は現在までには「受けな……将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんで下さい。
3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べんの日（分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日）以前4日（多胎妊娠の場合においては9日）目から分べんの当日後5日目までの期間を限度として支給されます。なお、分べんの日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
4. 給付金の受領方を他人に委任するときは、それぞれ委任状および領収書に記入……して下さい。および給付金を受取ったとき
5. ※印の欄は記入しないで下さい。

健康保険　出産手当金・出産手当付加金請求書　①（第　回

被保険者記入するところ

② 被保険者証の記号と番号	1001　第 ○○○○○ 号	③ 被保険者の氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保　花子
⑤ 被保険者の現住所	〒 000-0000 東京都新宿区新宿○－△△－○　方 TEL 03（○○○○）○○○○　連絡先［実家］03（○○○）○○○○		
⑥ 被保険者の勤務する事業所名	株式会社　三越伊勢丹		
⑦ 被保険者の資格を取得した日	平成・令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	⑧ 被保険者の標準報酬月額	280,000 円

分べん前の請求の場合は、2回提出して下さい。

⑨
- (A) この請求は分べん前のものですか、分……　分べん前・**(分べん後)**
- (B) 分べん前のときは、分べん予定日　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　**(分べん)**
- 分べん後のときは、分べんの日　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日　**(分べん予定)**

在籍中の出産のみ記入

⑩ 分べんのため休んだ期間　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間

⑪
- (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬（賃金）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)**
- (B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった（なる）期間　令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　の分として　円

⑫
- (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか　**(入院分べん)**・入院外分べん
- (B) 入院して分べんしたとき
  - ㋐ 病院又は産院名　○×医大病院
  - ㋑ 病院又は産院の所在地　東京都新宿区新宿××－○－×
  - ㋒ 入院した期間　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで　○○ 日間
  - ㋓ 自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか　**(自費)**・健保・その他
  - ㋔ 被扶養者がおりますか　いる・**(いない)**
  - ㋕ 被扶養者がいるときはその者の

氏名	生年月日	被保険者との続柄

事業所担当者

領収書

金　　　円也領収いたしました。

令和　年　月　日

健康保険組合理事長殿

氏名

※受付日付印

日本法令　健組2　8・5・改②

事業主が証明するところ

⑬ 労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係 ㋐ 全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分 金 円 日額 金 円 （ 月 日支払）
㋑ 一部支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分 金 円 日額 金 円
㋒ 現在までにも又将来も支給しない場合は、その旨		

うえのとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主 ⑮ 住所

⑯ 氏名

電話 （ ） 番

医師の証明となりますので、必ず記入してもらって下さい。

事業主への注意事項

6. ⑭のアとイにわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。
7. ⑭のウ欄は、現在までにも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載して下さい。
8. 被保険者の資格を喪失した後の期間にあるときは、証明を行う必要がありません。

医師又は助産師が意見をかくところ

⑱ 分べん年月日又は分べん予定年月日	令和 年 月 日 分べん 令和 年 月 日 分べん予定			
⑲ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常 ・ 異常	⑳ 分べん後のときは、生産又は死産の別	生産 ・ 死産 （妊娠 ヶ月）	
		㉑ 単胎または	胎	
㉒ 入院して分べんしたときは、その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㉓ 入院費用の別	健保・自費 公費・その他

必ず両方記入してもらって下さい。

うえのとおり相違ありません。

令和 年 月 日

㉔ 職名（ ） ㉕ 住所

㉖ 氏名

電話 （ ） 番

医師又は助産婦への注意事項

9. ⑱の「分べん、分べん予定」、⑲、⑳、2および2の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
10. ⑳欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
11. 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、2、2以外の証明については記載を省略しても結構です。

支払金融機関の欄

支払区分	※ 1：振込 2：銀行送金 3：郵便局送金 4：当地払	預金種別	※ 1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
金融機関コード	※		
口座番号	○○○○○○○		○○○○○○○

○○ 銀行 金庫 農協 △△ 本店 支店

口座名義 ケンポ ハナコ 健保 花子

委任状

私は を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産手当金及び同付加金、金 円也の受領を委任します。

令和 年 月 日

本人 住所 氏名

代理人 住所 氏名

本人と振込名義人が異なる場合は、必ず記入 して下さい。

（共通する注意）

12. ⑱～㉖で訂正したところには、訂正箇所に訂正印を押して下さい。
13. ⑩、⑪の（B）、⑫の㋐、⑬および㉒の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。

たとえば、10月29日から11月4日までは7日間となります。