

出 産 手 当 金 請 求 書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記 号		被保険者の						
	被保険者証等の 番 号		氏 名		生年月日 年 月 日				
	被 保 険 者 の 現 住 所		都府 道県		市郡 区		町 村 番地 方		
	事 業 所 の 名 称				所 属				
	被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 年 月 日		年 月 日		被保険者の 標準報酬月額		千円		
	この請求書は分娩前のものですか、分娩後のものですか				分 娩 前 ・ 分 娩 後				
	分娩予定日または分娩日 令和 年 月 日 分娩予定 分 娩 日								
	分 娩 の た め 休 ん だ 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日 日間		(備考)				
	上記の期間中事業主から 報酬を受けましたかまたは 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						
	報酬の支払を受けた時ま たは受けられる時までの 期間と金額		令和 年 月 日から 令和 年 月 日から		日間の分として		円		
入院して分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか				入院分娩 ・ 入院外分娩					
必ず記入する 入院して分娩した場合	病 院 また は 産 院 名		病 院 また は 産 院 の 所 在 地						
	入 院 し た 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間				
	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 康 保 険 ・ そ の 他				
	被 扶 養 者 が い る と き は	氏 名		生 年 月 日		被扶養者との続柄			
				年 月 日生				他 名	

令和 年 月 日提出

法令出版健康保険組合 理事長殿

委 任 状	上記請求金額の受領を	に委任いたします。
	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 期 間	産 前	令和 年 月 日から 日間	計 日間
		産 後	令和 年 月 日から 日間	
	支 払 う 報 酬 関 係 の 期 間 中 の 分 と し て	全額支給した期 間、又は支給す る期間	令和 年 月 日から 金 円 日額 令和 年 月 日までの分 (月 日支払) 円	
		一部支給した期 間、又は支給す る期間	令和 年 月 日から 金 円 日額 令和 年 月 日までの分 (月 日支払) 円	
		現在までも、 また将来も支給 しない場合は、 その旨を		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 (所 在 地) 事業主 (名称および 代表者氏名)				

医 師 又 は 助 産 婦 が 記 入 す る と こ ろ	分娩年月日又は 分娩予定年月日	令和 年 月 日 分 娩 分娩予定	正 常 異 常 の 別	正 常 分 娩
	生 産 の 別 死 産	生 産 死 産 (妊娠 ヶ月)		異 常 分 娩
	入院して分娩し たときはその期 間と費用の別	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	自 費 健 康 保 険 そ の 他	
		上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 医 師 助産婦 氏 名		

(記載上の注意)

- 表中、該当する文字を○印で囲んで下さい。
- 訂正の箇所には記入者の訂正印を押して下さい。