

出産手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号	被保険者の		
	被保険者証の番号	氏名		
	被保険者の現住所	都府道県	市郡区	
	事業所の名称	町村	番地方	
	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	
	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	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
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	
	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 うえ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	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	
現在までにも、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	分娩予定	正常	正常分娩	
	生産の別	生産	死産(妊娠 ヶ月)	異常	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	令和 年 月 日まで	日間	自費	健康保険
	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。