

受付年月日	年 月 日	決 済	理事長	常務理事	事務長	担当
同年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支払年月日	年 月 日					
支給額	円	資格取得	年 月 日	年 月 日	年 月	
	円	資格喪失	年 月 日		年 月	
支給内	円	標準報酬月額（平均）		円（日額 円）		
	円	不支給期間	年 月 日から	日間		
自 年 月 日	年間		円			
至 年 月 日	日間	(理由) <b>太枠欄に必要事項を記入ください</b>				

## ＜記入例＞ 出産手当金請求書 (第 〇 回目)

令和 〇〇 年 9 月 1 日

健康保険組合理事長 殿

〒 222 - 0033

住所 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1  
 被保険者 新横浜マンション 705号室  
 氏名 北村花子 (印)

電話（日中の連絡先）〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

下記のとおり請求します。

被保険者証の記号・番号	3907 - 〇〇〇〇〇	事業所の名称	カメラのキタムラ 横浜/新横浜店	標準報酬等級月額	200,000 円
分娩前後の別	分娩前・ <b>後</b>	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日	令和 元 年 7 月 2 日	
			分娩日	令和 元 年 7 月 1 日	
分娩のため休んだ期間	令和 〇〇 年 5 月 21 日から 98 日間 令和 〇〇 年 8 月 26 日まで				
うえの期間の報酬（賃金）の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	年 月 日 から 日分 円 年 月 日 まで				
振込先銀行	横浜	金庫銀行 組合	新横浜	支店	普通当座 NO. 1 2 3 4 5 6 7

注）支払日は、原則「分娩のため休んだ期間」が終了した日の翌月25日となります。（期間中の給与の支払い状況を確認するため）

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩	単胎 ( 児)
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定	多胎 ( 児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月)
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 (職名 ) 住所 氏名 印			

担当の医師または助産師に記入頂いてください

被保険者の記号・番号	—	被保険者の氏名	
------------	---	---------	--

事業主	労働に服した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
	うえの期間中 の分として支 払う報酬関係	全額支給合	年 月 日 から 年 月 日 まで の分 金 円 日額 ( 月 日支払) 金 円
		一部支給合	年 月 日 から 年 月 日 まで の分 金 円 日額 ( 月 日支払) 金 円
	支給しない合		
証明	うえのとおり相違ないことを証明します。  年 月 日  住所 事業主 氏名 印		

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日	請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。
	年 月 日	住所 被保険者の 氏名 印
		住所 代理人の 氏名 印

振込先銀行	金庫 銀行 組合	支店	普通 当座	NO.							
-------	----------------	----	----------	-----	--	--	--	--	--	--	--

領収書	金 円也但し
	うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日 健康保険組合理事長 殿  住所 受領者 氏名 印