

保 険 者 記 入 欄	健康保険組合			受付月日			事業主側經由所属		
	常務理事	事務長	担当者				長	長	担当者
支給期間	自 令和 年 月 日			日間	支給額	健康保険法第102条に定める期間			
	至 令和 年 月 日				円	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
※第1回支給期間	自 令和 年 月 日			標準報酬月額		計算式			
	至 令和 年 月 日			標準報酬日額		円			

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者番号	被保険者氏名			※自署の場合は押印省略可			標準報酬等級	等級	
		生年月日			昭和 平成	年 月 日				
	被保険者住所	被保険者所属								
	資格取得日	昭和 平成 令和	資格喪失日 (資格喪失者のみ)		令和	年 月 日		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	
出産予定年月日	令和 年 月 日			出産年月日	令和 年 月 日					
出産のために休んだ期間 (請求期間)		自 令和 年 月 日			日間	左記期間中に受けた報酬の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
		至 令和 年 月 日								

※医師等の押印は省略できますが、記入内容を訂正した場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、余白に正しい内容と証明者のサインを記入願います。

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	出産予定年月日	令和 年 月 日	医師又は助産師の住所・氏名		
	出産年月日	令和 年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日		
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	医療機関の所在地		
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月)	医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電 話		

※事業主の押印は省略できますが、記入内容を訂正した場合には、訂正箇所を二重線で抹消し、余白に正しい内容と証明者のサインを記入願います。

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	自 令和 年 月 日			日間	賃金計算の締日	毎月 日締																																																																																																																																																																	
		至 令和 年 月 日																																																																																																																																																																						
	【勤務状況】 < 出勤：○ 有給休暇：○ 公休：△ 欠勤：× > 注意：出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前42日から出産の日後56日までの勤務状況について記入してください。																																																																																																																																																																							
	<table border="1"><tr><td>年</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td></tr><tr><td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月																																月																																月																																月																														
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																									
月																																																																																																																																																																								
月																																																																																																																																																																								
月																																																																																																																																																																								
月																																																																																																																																																																								
上記「勤務状況」期間中に支払った報酬 (通 動手当等を含む) ※「出勤」・「有給休暇」は除く			<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			事業主の住所・氏名																																																																																																																																																																		
「有り」の場合は下記に支払状況を記入してください。						記載のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日																																																																																																																																																																		
1	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			支払額 円 (日額 円)			事業所所在地																																																																																																																																																																	
2	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			支払額 円 (日額 円)			事業所名称																																																																																																																																																																	
3	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			支払額 円 (日額 円)			事業主氏名 電話																																																																																																																																																																	

【備考欄】