

保 險 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	円			計算式	
	至 令和 年 月 日			標準報酬日額	円				

入力受付No

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証番号	被保険者氏名			昭和 年 月 日	標準報酬等級	等級
		生年月日			平成 年 月 日		
	被保険者住所	被保険者所属					
	資格取得日	昭和 年 月 日	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

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。				
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	令和 年 月 日				
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月)	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話				

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（出産の日が産定の予定日後であるときは、産定の予定日）以前42日から産日の後56日までの勤務状況について記入してください。																														
		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

上 記 「 勤 務 状 況 」 期 間 中 に 支 払 っ た 報 酬 (通 勤 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	
	「有り」の場合は下記に支払状況を記入してください。	
	1	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 支払額 円 (日額 円)
	2	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 支払額 円 (日額 円)
3	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 支払額 円 (日額 円)	

事業主の住所・氏名	
記載のとおり相違ないことを証明します。	
令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

【備考欄】