

保険者記入欄	健康保険組合			受付月日			事業主側経由所属		
	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	千円	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)

入力受付No

被保険者記入欄	被保険者証番号	5 1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	健保 花子	標準報酬等級	23	等級
			生年月日	昭和 2年 10月 10日 令和			
	被保険者住所	〇〇県〇〇市△△町1-2		被保険者所属	〇〇(株) 〇〇支店△△部		
	資格取得日	昭和 平成 令和	22年 4月 1日	資格喪失日 (資格喪失者のみ)	令和 年 月 日	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
出産予定年月日	令和 元年 5月 13日			出産年月日	令和 元年 5月 1日		
出産のために休んだ期間 (請求期間)	自 平成 31年 4月 2日 至 令和 元年 6月 26日			86 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 元年 5月 13日	医師又は助産師の住所・氏名	
	出産年月日	令和 元年 5月 1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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月)	医療機関の名称	出産のために労務に服さなかった期間を記入
			医師・助産師の電話	印

労務に服さなかった期間	自 平成 31年 4月 2日 至 令和 元年 6月 26日	86 日間	賃金計算の締日	毎月 月末 日締
-------------	----------------------------------	-------	---------	----------

【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。

	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	
3月																						△	◎	◎	△	△	◎	◎	○	◎	◎	△
4月	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	△	△	
5月	×	×	△	△	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×		
6月	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	△	△	×	×	×	×	×	△	△	×	×							

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 checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	事業主の住所・氏名	令和 年 月 日
「有り」の場合は下記に支払状況を記入してください。	支給した日数を記入	事業所所在地	令和 年 月 日
1	平成31年3月21日～平成31年4月1日 5日間 支払額 2,300 円 (日額 460 円)		
2	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 支払額 円 (日額 円)	例：公休日も通勤手当等が支払われている場合は記入	
3	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間 支払額 円 (日額 円)	電話	印