

※ 支給 決議書	伺年月日		令和		年		月		日	常務理事	事務長	担当者								
	支払年月日		令和		年		月		日											
	支 払 額									円										
	支給決定額	法定	60 /100	款	項	目	日	額	日	数	支給決定額	摘 資 格 要	得	令和		年		月		日
		付加	20 /100	款	項	目	日	額	日	数	支給決定額		喪	令和		年		月		日
支給期間		令和			年		月		日	～	令和		年		月		日	日間		

記入例

出 産 手 当 金
出 産 手 当 付 加 金

請 求 書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 所	① 被保険者証の 記号と番号	記 号	×	番 号	×	×	×	×	×	被保険者の 氏名と印	山 田 良 子				印										
	被保険者の 現住所		神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×																						
	② 被保険者の勤務 する事業所名	住友ベークライト(株) 等、所属する会社名																							
	③ 被保険者の資格 を取得した日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	④ 被保険者の 標準報酬等級	第	×	×	級									
	(A) この請求は分べん前のものですか、分べん後のものですか										☐ 分べん前 ☒ 分べん後														
	⑤ (B) 分べん前に請求する時は分べん予定年月日										分べん予定日	×	×	年	×	×	月	×	×	日					
	分べん後に請求する時は分べん予定年月日と分べんのあつた年月日										分 べ ん 日	×	×	年	×	×	月	×	×	日					
	⑥ 分べんのため 休んだ期間	令 和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	～	令 和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	×	×	日間
	(A) 上の⑥に書いた期間分の報酬(賃金) を受けましたか、又は受けられますか										☐ 受けた	☐ 受けない	☐ 受けられる	☒ 受けられない											
	⑦	(B) 報酬の支払を受けた時又 は受けられる時は、その 報酬額と支払基礎の期間		令 和		年		月		日	～	令 和		年		月		日迄の 分として		円					
	(A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか										☒ 入院分べん ☐ 入院外分べん														
	⑧	(イ) 病院 又は 産院名	〇〇総合病院				(ロ) 病院又は 産院の所 在地・電話	東京都渋谷区麻布×-×-×				電話	×	×	-	×	×	×	×	-	×	×	×	×	
	(ハ) 入院し た期間	令 和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	～	令 和	×	×	年	×	×	月	×	×	日	×	×	日間
	(ニ) 自費で入院しましたか、 健康保険で入院しましたか	☒ 自費 ☐ 健保 ☐ その他		(ホ) 被扶養者が おりますか		☐ いる ☒ いない																			
	(ヘ) 被扶養者がいる 時は、その者の	氏 名					生年 月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日	続 柄										

領 収 書	金		円也領収いたしました。				
	令和	×	年	×	月	×	日
	氏名	山 田 良 子					

※	受 付 日 付 印
---	-----------

被保険者への注意事項

1. ①は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

2. ⑤の(A)の「分べん、分べん予定」の別、⑦の(A)、⑧の(A)および(B)の(ニ)(ホ)は、それぞれ該当するものに印をつけて下さい。なお⑦の(A)は、現在までも「受けない」が、将来も「受けられない」場合又は現在までには「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項に印をつけて下さい。

3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだため賃金を受けられない場合に支給されるもので、その期間は分べんの前が42日間(分べんの当日を含む)分べんの後が56日間を限度として支給されます。

4. ※印の欄は記入しないで下さい。

事業主が証明する所	⑨ 労務に服さなかった期間	令和		年		月		日	～	令和		年		月		日		日間
	⑩ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	(イ) 全額支給した場合 又は支給する場合	令和		年		月		日から		月		日	支払		日	額	
			令和		年		月		日まで	の分	金		円	金		円		
		(ロ) 一部支給した場合 又は支給する場合	令和		年		月		日から		月		日	支払		日	額	
			令和		年		月		日まで	の分	金		円	金		円		
(ロ) 現在迄も又将来も支給しない場合その旨																		
上記の通り相違ないことを証明します。令和 年 月 日																		
住所																		
事業主																		
氏名																		
代表者																		
印																		

医師又は助産師が意見を書く所	⑪ 分べん前に請求する時は分べん予定年月日□ 分べん後に請求する時は分べん予定年月日と分べんのあつた年月日										分べん予定日		令和		年		月		日		
											分べん日		令和		年		月		日		
	⑫ 分べん後の時は、正常分べん又は異常分べんの別	☐	正常	☐	異常	⑬ 分べん後の時は、生産・死産の別		☐	生産	☐	死産(妊娠		ヵ月)								
	⑭ 入院して分べんした時はその期間	令和		年		月		日から		日間	⑮ 入院費用の別		☐	健保	☐	自費					
										令和		年		月		日まで		☐	公費	☐	その他
上記の通り相違ありません。令和 年 月 日																					
職名																					
住所																					
氏名																					
代表者																					
印																					
電話 局() 番																					

委任状	私は		を代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産手当金及び同付加金
	金		円也の受領方を委任します。令和 年 月 日
	本人	住所	神奈川県横浜市中区〇〇×-×-×
		氏名	山田 良子 印
	代理人	住所	
		氏名	印

事業主への注意事項

- 1. ⑩の(イ)と(ロ)にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。
- 2. ⑩の(ハ)の欄は、現在までも将来も支給されないときは、「支給しない」と記載して下さい。
- 3. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求である時は、証明を行う必要がありません。

医師又は助産師への注意事項

- 1. ⑫⑬及び⑮の欄は、それぞれ該当するものに印をつけて下さい。
- 2. ⑬欄の「死産」に印をつけた場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
- 3. 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、⑭⑮以外の証明については記載を省略しても結構です。

被保険者、事業主、医師又は助産師への共通する注意事項

- 1. 印ははっきりと押し、印もれのないように注意して下さい。
- 2. 訂正した所には、各記載者の氏名の脇に押した印と同じ印を訂正印として押して下さい。
- 3. ⑥⑦の(B)、⑧の(B)の(ハ)、⑨および⑭の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。たとえば、10月29日から11月4日までは7日間になります。