

健康 保 組 合 使 用 欄	常務理事	事務長	担当者	資格 取得 昭・平・令 年 月 日 喪失 令和 年 月 日	シークエンスNO.	支払年月日 令和 年 月 日	
	算定標準報酬月額		※給付開始日以前12ヶ月の平均	支給期間 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間	金額		
	調整前日額 ()		調整後日額 ()	金額	不支給期間 令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間	円	
	30		円		不支給理由	支給金額	
	給付開始日 年 月 日		直近12ヶ月の標準報酬月額		1.給付期間前 2.給付期間満了 3.報酬受給 4.前回支給 5.		支給金額

※給付開始月以前の直近12ヶ月の標準報酬月額を平均した額の30分の1(10円未満四捨五入)に相当する額の3分の2相当額(1円未満四捨五入)

健康保険 出産手当金請求書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		被保険者 (フリガナ)				
	1 1	-	昭 平 成	年	月	日	被保険者 (請求者) の氏名		
	社員番号		被保険者 (請求者) の住所		〒 - Tel () -				
	実分べん日		令和	年	月	日	分べん予定日		
	分べんのため仕事を休んだ期間 (請求期間)		令和	年	月	日から	令和	年	月

※健康保険組合使用欄

出産が予定日より早い・予定日通りの場合
 産前(42日・98日) 産後(56日) (請求期間 / ~ / 98・154日間)

出産が予定日より遅れた場合
 産前(42日・98日) + α (日) 産後(56日) (請求期間 / ~ / 日間)

振込希望口座	預金別当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行を含む)	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
口座番号	口座名義		(カタカナで記入)	

受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。
 令和 年 月 日 提出
 マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。
 受付日付印

※初回請求分は賃金台帳を添付してください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	就労状況 (出勤…○、早退…◎、有給…△) と該当日に表示してください。 午前・午後で状況が異なる場合は、これらを組合せて二段で記入してください。																													
	令和 年 月 日から	年 月	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																												
		年 月	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																												
		年 月	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																												
	令和 年 月 日まで	年 月	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																												
	1か月分の基本給・諸手当の額 (支給の有無に関係なく記入してください。)		基本給や諸手当の支給状況 (給料の締切単位に記入)																												
	基本給		円 (日分)	円 (日分)	円 (日分)	円 (日分)	円	月 日 ~ 月 日																							
	月給・日給・時間給																														
	通勤手当 有・無 (1か月 円)		()	()	()	()																									
	家族手当 有・無 (1か月 円)		()	()	()	()																									
手当 (1か月 円)		()	()	()	()																										
手当 (1か月 円)		()	()	()	()																										
給料の種類	月給・日給 日給月給・時間給 その他()	欠勤控除の有無及び控除の方法	基本給	欠勤控除の有無	控除する	控除しない	控除する場合は、欠勤控除の計算方法を具体的に記入してください。																								
給料締切日	日締		通勤手当	控除する	控除しない																										
給料支払日	日払		その他の手当	控除する	控除しない																										
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所の名称 (記載者氏名) 事業主の氏名 Tel () -																															
分べん年月日	令和 年 月 日	分べん予定年月日	令和 年 月 日																												
正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 か月)																												
出生児の数	単胎・多胎 (児)																														
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関 (助産院) の所在地 名称 医師 (助産師) の氏名 Tel () -																															