



記入例

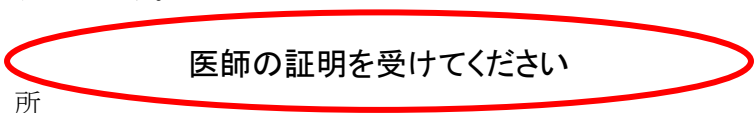

塩野義健康保険組合理事長 殿

【送付先】道修町ビル ソノギ総合サービス 出産手当金申請窓口

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	**	分室	*****	氏名 No.	*****
		番号	***	所属	*****		
	分娩予定日	平成**年 1 月 5 日				出生児の人数	1 人
	分娩年月日	平成**年 1 月 3 日					
	分娩の為に休んだ期間	平成**年 1 月 23 日から平成**年 3 月 2 日まで (98日間)					
上記期間中に報酬を受けた時 その期間と報酬の額	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	_____円					
受取委任の欄	<p>上記により「出産手当金」を請求いたします。</p> <p>平成**年**月**日</p> <p>被保険者 住所 *****</p> <p>氏名(戸籍名) 健保 花子 </p>						
	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。</p> <p>※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入・捺印ください。</p> <p>(任意継続被保険者の方は当欄への記入は不要です)</p> <p>平成**年**月**日 被保険者氏名(戸籍名) 健保 花子 </p>						

記入・捺印をしてください

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産	児
	分娩年月日	平成 年 月 日		死産(妊娠 ヶ月)	児
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名 </p> <p></p>				

裏面は、事業主が証明しますので記入不要です

労務に服さなかった期間

平成 年 月 日から

平成 年 月 日まで 日間

下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。
出勤は○、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。

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
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

上記期間中に報酬を支給したとき

平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間

内 訳		日額	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
	基準給与	円	円	円
	通勤費	円	円	円
	食事手当(月分)	円	円	円
	健康観察出勤手当	円	円	円
		円	円	円
	計		円	円

内 訳		月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分
	基準給与	円	円	円
	通勤費	円	円	円
	食事手当(月分)	円	円	円
	健康観察出勤手当	円	円	円
		円	円	円
	計		円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

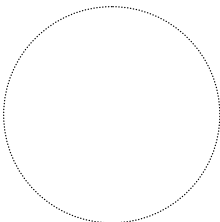
平成 年 月 日

事業主 住所
名称

氏名



健保組合受付



注 意 事 項 ・ 添 付 書 類 等

- ・ 出産手当金は女子被保険者が分娩の為休んだとき・報酬が受けられないとき、分娩日以前42日（多児妊娠の場合は98日）間、分娩日後56日間、（分娩の日が分娩予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます）休んだ日1日につき直近12ヵ月の標準報酬月額平均額の1/30の3分の2が支給されます。
- ・ 鉛筆書、記入・捺印漏れは受付られません。