

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 | | | | | |
| <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 (印)</p> | | | | | | | |
| 受 取 委 任 の 欄 | <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>(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 (印)</p> | | | | | | <p>記入・捺印を してください</p> |

| | | | | | |
|--|--|----------|---------|-----------|---|
| 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 style="text-align: center;">医師の証明を受けてください</p> <p style="text-align: right;">(印)</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

事業主の証明

| | | | | |
|--------|-----------|----|------------|------------|
| 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 | 円 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

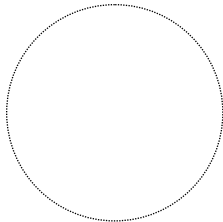
平成 年 月 日

事業主 住所
 名称

氏名



健保組合受付



| 注意事項・添付書類等 |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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）1日につき標準報酬日額の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。 |