

※支払支給決議書	支払額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	抜者	
	支給期間	自	年	月	日	日間	前回	始	年	月	日	資格取得	年	月	日
		至	年	月	日			終	年	月	日	資格喪失	年	月	日
	出産の日	年	月	日	標準報酬		月額	千円	千円	日額					
							出休日額	(A)	(B)	全部・一部不支給		期間	日間		
										理由	1	2	3	その他 ()	

(該当条文法第102条)

健康保険 出産手当金 請求書 (第①回目)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の 記号		③ 氏名														
	番号		生年月日	昭・平	年	月	日生										
	④ 現住所 電話番号	〒 一 TEL ()															
	⑤ 事業所の名称	※退職された方は在職時の事業所名称															
	⑥ 出産の日	令和	年	月	日	⑦ 出産予定日	令和	年	月	日							
	⑧ 出産のために休んだ期間	令和			年	月	日から	令和			年	月	日まで	日間			
	※ 期間の日数は誤りやすいのでご注意ください。 例：6月13日から6月19日 誤) 6日間 → 正) 7日間																
	⑨ 上記⑧の欄の期間について事業主より給与(報酬)を(受けた ・ 受けていない)。今後、受けることが(出来る ・ 出来ない)。																
	⑩ 給与(報酬)を受けたまたは受ける ことが出来るときは、その報酬の 額と対象期間	令和			年	月	日から	令和			年	月	日まで	の分として	円		
	⑪ 資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。																
銀行番号					支店番号				1. 普通	口座番号					X		
銀行								支店	2. 当座								
フリガナ																	
口座名義																	

(規則第87条)

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印	
----------------	--

・ ②の欄は当組合の健康保険被保険者証(保険証)に書かれている【記号】(番号)を記載してください。
 ・ ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
 ・ 証明書等が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付してください。翻訳文には翻訳者の住所及び氏名を明記してください。

- ・請求期間とその期間前12ヶ月分の賃金台帳の写しと
請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
- ・㊸の欄の「全部支給」または「一部支給」とは1日当たりの賃金の全額または一部の意味です。
- ・㊹の欄は給与の支払い方法や勤務形態について補足事項があれば記載してください。
例：（交通費の過払いについては10月の給与で調整）（5月1日から5月31まで1日5時間の時間短縮勤務）

事業主が証明するところ	㊸ 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。）																															出勤	有給			
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	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	計	日	日
	㊹ うえの期間中の報酬を全部または一部支給した（する）場合はその内訳を記入してください。																				㊺ 給与の支払日															
																					毎月	日締切	当月・翌月	日支払												
	報酬の名称		(自)			(至)			支給額							日額		支払日																		
			年	月	日	年	月	日	日間	百万	拾万	万	千	百	拾	円	円	月	日																	
(ア)																																				
(イ)																																				
(ウ)																																				
(エ)																																				
(オ) 通勤手当																																				
㊻ 上記㊸の欄の期間中の報酬の支給を（した・しない）。支給日以降、遡及して支給するものが（ある・ない）。																																				
㊼ 備考																																				
うえのとおり相違ないことを証明します。																		㊽ 担当者氏名																		
																		令和 年 月 日																		
事業所住所																																				
事業所名称																																				
事業主氏名																																				
電話番号																		()																		

医師または助産師が意見を記入するところ	㊾ 出産したものの氏名			
	㊿ 出産年月日	令和 年 月 日	㋀ 出産予定年月日	令和 年 月 日
	㋁ 正常出産又は異常出産の別	正常・異常	㋂ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)
	㋃ 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
医療施設の所在地				
医療施設の名称				
医師・助産師の氏名				
電話番号				()

・ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

- ・請求期間とその期間前12ヶ月分の賃金台帳の写しと
請求期間とその期間前1ヶ月分の出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
- ・㊸の欄の「全部支給」または「一部支給」とは1日当たりの賃金の全額または一部の意味です。
- ・㊹の欄は給与の支払い方法や勤務形態について補足事項があれば記載してください。
例：（交通費の過払いについては10月の給与で調整）（5月1日から5月31まで1日5時間の時間短縮勤務）

事業主が証明するところ	㊸ 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。）		出勤	有給			
	3年3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	計	0日 0日			
	3年4月	公／／／／／公公／／／／／公公／／／／／公公／／／／／公公公	計	0日 0日			
	3年5月	／／公公公公／／／公公／／／／／公公／／／／／公公	計	0日 0日			
	3年6月	／公公／／／公公／／／公公／／／公公／／／公公	計	0日 0日			
	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	計	日 日			
	㊹ うえの期間中の報酬を全部または一部支給した（する）場合はその内訳を記入してください。		㊺ 給与の支払日 毎月 末 日締切 <u>当月</u> 翌月 末 日支払				
	報酬の名称		(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	支給額	日額	支払日
	(ア)						
	(イ)						
(ウ)							
(エ)							
(オ)	通勤手当	3 3 1	3 3 31	31	1 7 5 0 0	584	2 28
㊻ 上記㊸の欄の期間中の報酬の支給を（ <u>した</u> ・しない）。支給日以降、遡及して支給するものが（ある・ <u>ない</u> ）。							
備考	<u>通勤手当は回収しない</u>						
うえのとおり相違ないことを証明します。		㊼ 担当者氏名 <u>総務課 ○○</u> 令和 <u>3</u> 年 <u>7</u> 月 <u>2</u> 日					
事業所住所	<u>東京都中央区銀座○-○-○</u>						
事業所名称	<u>株式会社 アドけんぼ</u>						
事業主氏名	<u>健保 太郎</u>						
		電話番号 <u>03 (1234) 5678</u>					

医師または助産師が意見を記入するところ	㊽ 出産したものの氏名	<u>東広 花子</u>			
	㊾ 出産年月日	令和 <u>3</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日	㊿ 出産予定年月日	令和 <u>3</u> 年 <u>4</u> 月 <u>25</u> 日	
	㊿ 正常出産又は異常出産の別	<u>正常</u> ・異常	㊻ 生産又は死産の別	<u>生産</u> ・死産（妊娠 週）	
	㊿ 出生児の数	<u>単胎</u> ・多胎（ 児）			
	上記のとおり相違ありません。		令和 <u>3</u> 年 <u>5</u> 月 <u>9</u> 日		
医療施設の所在地	<u>神奈川県横浜市○-○-○</u>				
医療施設の名称	<u>○○総合病院</u>				
医師・助産師の氏名	<u>医師：○○○○</u>				
		電話番号 <u>045 (123) 4567</u>			

・ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。