

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給内訳	出産手当金	円	
	出産手当付加金	円	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
標準報酬月額	円 (第 級)		

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
前回	始	年 月 日	
	終	年 月 日	
支払年月日	年 月 日		
不支給理由			

社会保険委員  
の点検済印

届書コード	処理区分	届書
308		

## 健康保険出産手当金請求書 (第 回)

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		⑤ 支給額計算		⑥ 給付記録番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日					
①	②	③	1 3 5 7	明 大 昭 平	年	月	日	※1 4	2 5	3 6	※0 1	無 有	※年	月	日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印			⑦ 事業所の名称												
被保険者の(申請者)住所			⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		(フリガナ)		(電話番号)						
⑫ 分べんの日		平成		年 月 日		⑬ 左記の⑫の分べん日は実分べんですか、または予定分べんですか		1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん							
⑭ 分べんのため休んだ期間(支給期間)		自 至		年 月 日		日数		① 被保険者の資格を取得した日		年 月 日		② 被保険者の標準報酬月額		千円	
⑮ 上の⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか			受けた・受けない 受けられる・受けられない			⑯ 報酬の支払いを受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円						
⑰ 病院等の名称			⑱ 病院等の所在地												
被扶養者がいるときは、その方の			⑲ 氏名			⑲ 生年月日			⑲ 被保険者との続柄						
⑲ 上記⑭の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間			自 至		年 月 日		日数		(備考)						
⑲ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間			自 至		年 月 日		日数								
⑳ 支給算出額(手)		㉑ 調整減額コード		㉒ 海外表示		㉓ 特別支給コード									
※				0. 国内 1. 海外											

事業主が証明する欄	⑤ 労務に服さなかった期間	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。																														計	出 勤 有 給		
	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
	年月日まで 日間	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
上の期間中の分として、報酬を全額または一部支給した場合または支給する場合	⑩	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円																														
	⑪	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円																														
	⑫	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円																														
	⑬	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円																														
⑭ 現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨																																			
⑮ 上のおり相違ないことを証明します	平成 年 月 日					平成 年 月 日提出																													
住所 〒						受付日付印																													
事業主 氏名	⑯ 電話 ( 局) 番																																		

医師または助産師が意見をかくところ	① 分べん年月日	平成 年 月 日	② 分べん予定年月日	平成 年 月 日
	③ 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	④ 生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヲ月)
	⑤ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	⑥ 入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	⑦ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児)		
	⑧ 上のおり相違ありません。	平成 年 月 日		
職名 ( )	住所 〒			
氏 名	⑨ 電話 ( 局) 番			

支払金融機関の欄	⑭ 支払区分	* 1. 振 込	⑮ 預金種別	1. 普 通	⑯ 銀行 本店 金庫 支店
	⑰ 金融機関コード	*	⑱ 口座名義		
	⑲ 口座番号				

受取代理人の欄	⑰ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	平成 年 月 日				
	被保険者 (請求者) 住所 〒	氏 名 ⑰				
	⑳ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉑ 委任状と代理人との関係			
	代理人の住所	㉒ 郵便番号	(フリガナ)	㉓ 住所 〒		
<b>送信</b>						

社会保険労務士の提出代行者印	⑰
----------------	---