

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)		

記入例

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	受理区分	届書
308		

## 健康保険出産手当金請求書 (第 1 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 8920		501031		※1. 2. 3. 4. 5.		※		※0 無有 1 有		※ 年 月 日	
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印		⑦ 事業所の名称		⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		⑫ 分べん日		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	
健保 花子		〇〇〇〇株式会社		〇〇〇〇		東京都〇〇市△△1-2-3		〇〇〇 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日		1. 実分べん (分べん予定日〇〇年 9月 25日) 2. 予定分べん	
被保険者の(申請者)住所		⑭ 分べんのため休んだ期間(支給期間)		⑮ 被保険者の資格取得した日		⑯ 被保険者の標準報酬月額		⑰ 上の⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられませんか		⑱ 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	
東京都〇〇市△△1-2-3		自 〇〇 年 〇 月 〇 日 至 〇〇 年 〇 月 〇 日		〇〇年 4月 1日		240 千円		受けた・受けない 受けられる・受けられない		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円	
分べんで入院したときはその旨		⑲ 特別支給コード		⑳ 海外表示		㉑ 調整減額コード		㉒ 支給算出額(手)		㉓ 病院等の名称	
				0. 国内 1. 海外						〇〇病院	
被扶養者がいるときは、その方の		㉔ 氏名		㉕ 生年月日		㉖ 被保険者との続柄		㉗ 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		㉘ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間	
				年 月 日				自 年 月 日 至 年 月 日		自 年 月 日 至 年 月 日	
								(備考)		〇〇年7月31日付退職	

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	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																												
	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	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																												
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	日	日																											
⑦ 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																												
⑮ 現在までもまたは将来も支給しない場合はその旨	〇〇年8月1日以降支給していません																														
⑯ 上のとおり相違ないことを証明します	平成 〇〇年 10月 20日																														
住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	東京都〇〇市△△1-1-1																														
事業主 氏名 〇〇〇〇株式会社	代表取締役〇〇△△																														
電話 (△△△局) ×××× 番	〇〇〇																														
	平成〇〇年 10月 21日提出																														
	受付日付印																														

医師または助産師が意見をかくところ	⑭ 分べん年月日	平成 〇〇年 9月 30日	⑰ 分べん予定年月日	平成 〇〇年 9月 25日
	⑮ 正常分べんまたは異常分べんの別	正常・異常	⑱ 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 ヵ月)
	⑲ 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	⑳ 入院費用の別	健保・公費 自費・その他
	㉑ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)		
	㉒ 上のとおり相違ありません。	平成 〇〇年 10月 12日		
住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	東京都△△市〇〇3-2-1			
職名 ( )	氏名 〇〇病院 田中健太			
	電話 ( ××× 局) △△△△ 番			

支払金融機関の欄	⑳ 支払区分	* 1. 振 込	㉓ 預金種別	1. 普 通	㉔	△△ 銀行 〇〇 本店 金庫 〇〇 支店
	㉕ 金融機関コード	*	㉖ 口座名義	健保 花子		
	㉗ 口座番号	7 6 5 4 3 2 1				

受取代理人の欄	㉘ 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				
	⑳ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	㉙ 委任状と代理人との関係			
	代理人の住所	⑳ 郵便番号	(フリガナ)	㉚ 住所		
	㉛ 住 所 コード	*	送信			

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---