支給決定日	平　成　　年　　月　　日						
支払年月日	平　成　　年　　月　　日						
支払額	円						
出産手当金	円	法第108条控除額	/ ～ / 1日当り　円	(計算式)			
出産手当付加金	円		/ ～ / 1日当り　円				
支給期間	年　月　日～　年　月　日		/ ～ / 1日当り　円				
支給日数	法定　日						
資格 得	年　月　日	前回 始	年　月　日				
資格 喪	年　月　日	前回 終	年　月　日				
標準報酬月額	標準報酬日額	法定2/3					
千円	円	円					
千円	円	円					

健康保険

出産手当金　請求書

（第　　回）

被保険者捨印

被保険者注意事項

出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合は給付されます。定期間（分べん予定日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から分べんの日後56日目までの期間を限度として支給されます。なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	記号　○○○ 番号　123	被保険者の氏名と印	健保　花子　（健保）
	被保険者の現住所	〒 ○○○-×××× ○○県△△市××区☆☆町1-2-3　TEL 123 (456)7899		方
	被保険者の勤務する事業所名	○○株式会社		
	被保険者の資格を取得した日	平　成　14　年　4　月　1　日	被保険者の標準報酬月額	240,000 円
	分べん予定日 分べんの日	平成○○年　7月　31日分べん予定 平成○○年　8月　1日分べん		
	分べんのため休んだ期間	平成　○○　年　6　月　21　日から 平成　○○　年　9　月　26　日まで　99日間		
	(A) うえの期間分の報酬（賃金）を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない・受けられる・受けられない		
	(B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額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		

・出産日（出産日が予定日より遅れた場合は予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）目から出産日翌日から56日間請求できます。

医師又は助産婦へのお願い

☆文字を訂正された時は訂正印を押印して下さい。☆医療機関名はゴム印を押して下さい

医師又は助産婦が意見をかくところ	分べん予定年月日 分べん年月日	平成　○○　年　7　月　31　日分べん予 平成　○○　年　8　月　1　日分べん			
	分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	分べん後のときは、生産又は死産の別	生産・死産(妊娠　ケ月)	
			単胎または多胎の別	単胎　多胎	
	うえのとおり相違ありません。　平成　○○　年　9　月　30　日 職名（医師）　住所　東京都○○区××町1-1-1 氏名　○○産婦人科医院　東京　太郎（東京） TEL:　03(××××)○○○○番				

事業主添付書類

☆請求期間の出勤簿の写と欠勤控除式を記入した給与明細の写を添付して下さい。

事業主捨印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成　○○年　6　月　21　日から 平成　○○年　9　月　26　日まで　99　日間		
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合又は支給する場合	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	の分　金　円（　月　日支払）
		一部支給した場合又は支給する場合	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	の分　金　円（　月　日支払）
		現在までにも又将来も支給しない場合は、その旨	現在までもまた将来も支給しない	
	うえのとおり相違ないことを証明します。　平成　○○　年　10　月　1　日 事業主　住所　神奈川県××市○○町1-1-1 氏名　○○株式会社　代表取締役　鎌倉一郎（○○株式） TEL:××××　(○○)　△△△△　番			

受付日付印