※ 支給・不支給決議書	伺年月日	年　月　日						
	支給額	拾万　万　千　百　拾　円	常務理事	事務長		担当者	資格前回	得　年　月　日 喪　年　月　日 始　年　月　日 終　年　月　日	被扶養者台帳照合者印
	支給期間	年　月　日 日間 年　月　日	全部不支給	期間	年　月　日から 日間 年　月　日まで		入院期間	年　月　日 年　月　日 日間
	分べ	年　月　日　分べん		理由				
	備考	決定標準報酬（　　，−円）	一部不支給	期間	年　月　日から 日間 年　月　日まで 円		該当条文	法第51条　該当・不該当 法第55条・法第57条・法第58条
				理由				

（被保険者への注意事項）

ア、(2)および(7)は、健康保険の被保険者証に書いてあります。(8)は、分からない場合は、記入しなくても結構です。

イ、(9)の(A)、(11)の(A)、(12)の(A)はそれぞれ該当する文字を丸でかこんでください。なお、(11)の(A)は、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」にわけて、二つの事項を丸でかこんでください。

ウ、出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べんの日（分べんの日が予定日より遅れた場合においては分べん予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）、分べんの日後56日までの期間を限度として支給されます。

エ、給付金の受領方を他人に委任するときは、別に「委任状」を作って、この請求書に添付して下さい。

オ、※印の欄は、記入しないで下さい。

健康保険

出産手当金請求書（その1）

(1)（第　　回目）

被保険者が記入するところ

(2) 被保険者証の	（記号） （番号）	(3) 被保険者の氏名	（社員番号　　　）	(4)
(5) 被保険者現住所	郵便番号　　−		電話番号 （　　） −	
(6) 事業所の名称所属・電話	内線 TEL			
(7) 被保険者の資格を取得した日	年　月　日	(8) 被保険者の標準報酬月額	千円	
(9) (A) この請求は分べん前の期間にかかるものですか、または分べん後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか	分べん前 ・ 分べん後 ・ 分べん前後			
(9) (B) 分べんの日	年　月　日	(C) 分べん予定日	年　月　日	
(10) 分べんのため休んだ期間	年　月　日から 日間 年　月　日まで			
(11) (A) うえの(10)に書いた期間の分の報酬（賃金）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			
(11) (B) 報酬支払を受けたとき、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	年　月　日から の分として　　円 年　月　日まで			
(12) (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん ・ 入院外分べん			
(12) (B) 入院して分べんしたときは (ア) 病院または産院名		(イ) 病院または産院の所在地		
(12) (B) (ウ) 入院した期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			

注 ①年金証書（写し）・②支給開始年月を証明する書類・③直近の受給額がわかる書類を添付して下さい。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。ただし、給与口座が郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。

受付日付印

給付金の振込希望銀行		銀行　　店
	預金の種別	普通 ・ 当座　　号
	フリガナ 預金の名義人	

【給17】20211001

出産手当金請求書（その2）

(1)（第　　回目）

事業主が証明するところ

(13) 労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間
(14) うえの期間中の分として支払う報酬関係	(ア) 全額支給した場合又は支給する場合	年　月　日から 年　月　日まで　の分　金　円（　月　日支払）　日額（金　円）
	(イ) 一部支給した場合又は支給する場合	年　月　日から 年　月　日まで　の分　金　円（　月　日支払）　日額（金　円）
	(ウ)現在までにも、また将来も支給しない場合は、その旨	

うえのとおり相違ないことを証明します。　　年　月　日

事業主　(15) 住　所

(16) 氏　名　　(17)

電話（　　）　番

事業主への注意事項

カ、(14)の(ア)と(イ)にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。

キ、(14)の(ウ)欄は、「現在までにも、また将来も支給しない」などと記載して下さい。

ク、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。

医師または助産婦が意見をかくところ

(18) 分べん年月日	年　月　日	(19) 分べん予定年月日	年　月　日
(20) 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	(21) 生 産 または 死 産 の別	生 産 ・ 死 産（妊娠　　ヵ月）
(22) 入院して分べんしたときは、その期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	(23) 入院費用 の 別	健保 ・ 公 費 自費 ・ その他
(24) 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎（　　児）		

うえのとおり相違ありません。

年　月　日

(25) 職名（　　）　(26) 住　所

(27) 氏　名　　(28)

電話（　　）　番

医師または助産婦への注意事項

ケ、(20)、(21)、(23)及び(24)欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。

コ、(21)欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。

（共通する注意）

シ、印は、ハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。

ス、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（(1)から(12)までの訂正箇所には(4)の印、(13)から(16)までの訂正箇所には(17)の印、(18)から(27)までの訂正箇所には(28)の印)を訂正印として押して下さい。

セ、(10)、(11)の(B)、(12)の(B)の(ウ)、(13)および(22)の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。
たとえば、10月29日から11月４日までは、７日間になります。

【給17】20211001