



No. _____

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
支払年月日	令和 年 月 日				
支払額	拾万 万 千 百 拾 円				
※ 支給内訳	法定 年 月 日 ~ 年 月 日 日間	資得 年 月 日 前 始 年 月 日	格喪 年 月 日 回 終 年 月 日	法第55条 該当・不該当	入院期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間
※ 決議書	分べんの日 年 月 日	標準報酬月額 円			

87 健康保険 出産手当金請求書 (第 ① 回)

② 被保険者の記号と番号 記号 ●●●●●●●● ③ 被保険者の氏名と印 北越 花子 ④ (印)

⑤ 被保険者の現住所 〒 123-4567 東京都〇〇区××町1-1-1 方

⑥ 被保険者の勤務する事業所名 北越●●株式会社

⑦ 被保険者の資格取得日 平成●●年●●月●●日 ⑧ 被保険者の標準報酬月額 円

⑨ (A) この請求は分べん前のもので、分べん後のもので、分べん前 ● 分べん後 ●

(B) 分べん前のときは、分べん予定日、令和●●年●●月●●日分べん 分べん後のときは、分べんの日 年 月 日分べん予定

⑩ 分べんのため休んだ期間 令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●● 日間

(A) うえの⑩に書いた期間分の報酬(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 年 月 日から 年 月 日まで 円

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 ●

(B) ⑦ 病院又は産院名 北越病院 ⑧ 病院又は産院の所在地 東京都〇〇区××町3-2-1

⑨ 入院して分べんしたとき 令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●● 日間

⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

令和 年 月 日提出 ※ 受付日付日

金 円也領収いたしました。

令和 年 月 日

健康保険組合理事長殿

氏名 (印)

(被保険者への注意事項)

1. ①は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

2. ②は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

3. ⑧は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

4. ⑨は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

5. ⑩は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

(被保険者への注意事項)

1. ①は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

2. ②は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

3. ⑧は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

4. ⑨は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

5. ⑩は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

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

⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

⑮ 住所 令和 年 月 日

⑯ 事業主 ⑰ 氏名

⑱ 電話 () 番

⑳ 分べん年月日又は分べん予定年月日 令和 年 月 日分べん 令和 年 月 日分べん予定

㉑ 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

㉒ 分べん後のときは、生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)

㉓ 単胎または多胎の別 単胎 多胎

㉔ 入院したその期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間

㉕ 入院費用の別 保険・自費 公費・その他

㉖ 職名 ()

㉗ 住所 令和 年 月 日

㉘ 氏名 (印)

㉙ 電話 () 番

支払金融機関の欄

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払

金融機関コード

口座番号

預金種別 1:普通 2:当座 3:通知 4:別

銀行金庫農協 本店支店

口座名義 郵便局

私は金を 代理人と定め、令和 年 月 日に請求した出産手当金 円也の受領を委任します。

令和 ●●年●●月●●日

本人 住所 東京都〇〇区××町1-1-1 氏名 北越 花子 (印)

代理人 住所 氏名 (印)

(共通する注意)

12. 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。

13. ⑩、⑪の(B)、⑫の(B)の⑰、⑱および㉑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日間となります。

(事業主への注意事項)

8. 7. 6. ⑭の⑰と⑱の欄は、現在まで記載していただく必要はありません。

9. ⑲の欄は、および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。

10. ⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿

(医師又は助産婦への注意事項)

11. ⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿

12. ⑳、㉑、㉒、㉓、㉔、㉕、㉖、㉗、㉘、㉙、㉚、㉛、㉜、㉝、㉞、㉟、㊱、㊲、㊳、㊴、㊵、㊶、㊷、㊸、㊹、㊺、㊻、㊼、㊽、㊾、㊿