

伺 年 月 日		年 月 日		決 裁 年 月 日		年 月 日	
支 払 年 月 日		年 月 日				常 務 理 事 事 務 長 担 当 者 台帳照合印	
支 給 決 議 書	支 払 額	給 万 千 百 拾 円					
	出 産 日	年 月 日					
	出 産 予 定 日	年 月 日		資 格 取 得		年 月 日	
	支 給 開 始	年 月 日		資 格 喪 失		年 月 日	
	支 給 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間		標 準 報 酬 月 額		千 円 (日 額 円)	
前 回	始	年 月 日		不 支 給 の 理 由			
	終	年 月 日		備 考		②, ⑭, ⑮, ⑳ 欄の被保険者印は	

記入例

健康保険 出 産 手 当 金 請 求 書 (第 1 〇 回 目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号番号	(記号) 1 0 (番号) 1 2 3 4 5 6	②被保険者の氏名と印	健保 花子		〇 ㊞
	③被保険者の現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市・・・ 電話 ×××(×××) ××××			④被保険者の標準報酬月額	3 0 0 千円
	⑤事業所の名称及び所在地	名 称 日本貨物検数協会 〇〇支部	所 在 地 〇〇県〇〇市・・・	出産後に請求する場合は⑧欄及び⑨欄両方に記入のこと。		
	⑥資格を取得した年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇 日	⑦被保険者の業務の種別	内勤事務員, 検数員 など 〇		
	⑧出産予定日	令和2 年 5 月 1 8 日	⑨出 産 日	令和〇〇 年 〇 月 〇 日	⑩ 〇・出産前の請求 ・出産後の請求	
	⑪ 労務に服することができなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				
	⑫ 上記期間の報酬の全部又は一部を受けた時、又は受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円				
	⑬振込希望の銀行(喪失者のみ記入)	支店 普通・当座 No. 〇				
	⑭ 上記のとおり申請いたします。	R 2 年 5 月 2 6 日 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市・・・ 被保険者の氏名 健保 花子 ㊞ 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿				

受 領 書	⑮ 金 円也領収しました。 年 月 日 日本貨物検数健康保険組合理事長 殿 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市・・・ 被保険者の氏名 健保 花子 ㊞
-------	--

受 付 日 付 印

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑯ 労務に服さなかった期間	R2 年 4 月 7 日から 4 2 日間 R2 年 5 月 1 8 日まで																														
		⑰ 出勤は〇で、欠勤は×で、年休は年で、公休は公で、週休は週でそれぞれ表示してください。																														
		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
	㊦ 2 1 年 4 月						×	×	×	×	週	公	×	×	×	×	×	週	公	×	×	×	×	×	週	公	×	公	×	×	×	
	① 2 1 年 5 月	×	週	公	公	公	公	×	×	週	公	×	×	×	×	×	週	公	×													
	㊷ 年 月																															
	⑱ 上記の期間中の分として報酬を「全額支給」した場合、または支給する場合、「一部支給」した場合、またはする場合	自 年 月 日		至 年 月 日		日 間		支 給 額		日 額		支 払 月 日																				
						日間		円		円		月 日																				
						日間		円		円		月 日																				
						日間		円		円		月 日																				
⑲ 現在までも、又将来も支給しない場合はその旨	4 月 7 日以降は、現在までも、又将来も支給しない。本部へ提出した日																															
⑳	上記のとおり相違ないことを証明します。 R2 年 5 月 2 9 日 事業主の住所 〒104-0045 氏名 日本貨物検数協会 会長 日検 一郎 ㊞																															

医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	㊲ 出 産 年 月 日	年 月 日		㊳ 出 産 予 定 年 月 日	令和2 年 5 月 1 8 日	
	㊴ 正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常		㊵ 生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ 月)	
	㊶ 出 生 児 の 数	単 体 ・ 多 胎 (児)		㊷ 備 考		
	㊸ 上記の期間中に入院をした期間がある場合はその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		㊹ 入 院 の 費 用 の 別	健保・自費・公費・その他	
	㊺ 上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日		住所(所在地) 〒 〇〇県〇〇市・・・ 医師又は助産師の医療機関名 氏 名 〇 ㊞ 電話 局 () 番		

委 任 状	⑳ 私は 会長 日検 一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。 R 2 年 5 月 2 6 日請求した出産手当金のうち、金 円也の受領に関すること。 R 2 年 5 月 2 6 日 被保険者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市・・・ (請 求 者) 氏 名 健保 花子 ㊞ 住所 〒104-0045 東京都中央区築地1-3-10 代 理 人 の 氏 名 日本貨物検数協会 会長 日検 一郎 ㊞		
	㉑ 振込希望の銀行	銀行 支店 普通・当座 No.	