

No. \_\_\_\_\_

何年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長		係
支払年月日	平成 年 月 日				
支払額	拾万 万 千 百 拾 円				
※支給決定書	法定 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	法定 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	出産の日	平成 年 月 日	円
支給内訳	法定 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	法定 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	出産の日	平成 年 月 日	円
支給期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間	出産の日	平成 年 月 日	円
資得	年 月 日	前始	年 月 日		
格喪	年 月 日	回終	年 月 日		
法第98条	該当・不該当	入院期間	平成 年 月 日から		
標準報酬月額			平成 年 月 日まで		

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書 ① (第 回)

②被保険者証の記号と番号	10 - 9999 (MUD ID : X X 9999)	③被保険者の氏名と印	山田 花子	④	<input checked="" type="checkbox"/>
⑤被保険者の現住所	〒140-0014 東京都品川区大井1-1-1 方				
⑥被保険者の勤務する事業所名	グラクソ・スミスクライン株式会社				
⑦被保険者の資格を取得した日	平成 16 年 1 月 1 日	⑧被保険者の標準報酬月額		円	
(A) この請求は出産前のものですか、出産後のものですか	出産前 <input type="checkbox"/> 出産後 <input checked="" type="checkbox"/>				
(B) 出産前のときは、出産予定日、 出産後のときは、出産の日	平成 16 年 3 月 3 日	出産予定日	平成 16 年 3 月 3 日	出産日	平成 16 年 3 月 3 日
⑩出産のため休んだ期間	平成 16 年 1 月 21 日から	98 日間	平成 16 年 4 月 28 日まで		
(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 <input type="checkbox"/> 受けられない <input checked="" type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない <input checked="" type="checkbox"/>				
(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	の分として	平成 年 月 日まで		円
(A) 入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか	入院出産 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外出産 <input type="checkbox"/>				
(B) ⑦病院又は産院名	品川マタニティクリニック	⑧病院又は産院の所在地	東京都品川区大井1-2-3		
⑨入院した期間	平成16年3月2日から平成16年3月8日まで 7 日間				
⑩自費で入院しましたか 健康保険で入院しましたか	自費 <input type="checkbox"/> 健保・その他 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者がおりますか <input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>				
⑪被扶養者がいるときは、その氏名	氏名 生 年 月 日 被保険者との続柄				

平成 年 月 日提出

受付日付印

(被保険者への注意)

- ① および②は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ③の「出産、出産予定」の別、④の「(A)」「(B)」は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なお、⑤の「(A)」「(B)」は、現在までに「受けられない」が将来も「受けられない」場合又は現在までに「受けられない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
- ⑥ 出産手当金は、女子被保険者が出産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に支給されるもので、出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合には、出産予定日(以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)日から出産の日後56日)までの期間を限度として支給されます。
- ⑦ 給付金の受領方を他人に委任するとき、および給付金を受取るときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印してください。

事業所印

(事業主への注意)

- ①の②と③にわたるときは、両欄にわたって記載してください。
- ④の⑤欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載してください。
- 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す。

(医師又は助産師への注意事項)

- ⑥の「出産、出産予定」、⑦、⑧、⑨および⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- ⑪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ください。
- 出産育児一時金請求書と同じ意見を記載する場合は、⑫、⑬以外の証明については記載を省略しても結構です。

⑬ 労務に服さなかった期間	平成 16 年 1 月 21 日から 平成 16 年 4 月 28 日まで	98 日間
⑭ うえの期間中 の分として支払う報酬関係	⑰ 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	金 円 日額 の分 ( 月 日支払) 金 円
	⑱ 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	金 円 日額 の分 金 円
	⑲ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨 <b>現在までも将来も支給しない</b>	
うえのとおり相違ないことを証明します。		
⑳ 住所 事業主 ㉑ 氏名	平成 年 月 日	㉒ ㉓
電話 ( )		番

⑮ 出産年月日又は 出産予定年月日	平成 16 年 3 月 3 日	日出産	平成 年 月 日	日出産予定
⑯ 出産後のときは 正常出産又は 異常出産の別	正常・異常	⑲ 出産後のときは、 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
		⑳ 単胎または多胎の別	単胎 多胎	
㉑ 入院して出産したときは、 その期間	平成 16 年 3 月 2 日から 平成 16 年 3 月 8 日まで	㉒ 入院費用の別	健保・自費 公費・その他	
うえのとおり相違ありません。				
㉓ 職名 ( 医師 )	㉔ 住所 東京都品川区大井1-2-3	平成 16 年 3 月 10 日		
	㉕ 氏名 品川マタニティクリニック 品川一郎	㉖		
	電話 03 ( 1234 ) 5678	番		

支払区分	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	預金種別	①: 普通 2: 当座	みずほ 銀行 有楽町 本店
金融機関		口座番号	1 2 3 4 5 6 7	名義 ヤマダ ハナコ 山田 花子

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産手当金及び同付加金、金 \_\_\_\_\_ 円也の受領を委任します。

平成 年 月 日

本人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ㉗

代理人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ㉘

- (共通する注意)
- 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。
  - ⑩、⑪の⑫、⑬の⑭、⑮および⑯の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。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。