

届書コード  
3 0 8 届書

# 健康保険出産手当金請求書(第 回)

社会保険委員  
の点検済印

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 支給額計算			⑥ 給 付 ⑦ 受 取 記録番号 代理人			⑧ 受付年月日					
	①			②			③			* 1. 2. 3. 4. 5.			* 0: 無 1: 有			送 信		
	⑨ 被 保 險 者 (請求者) の氏名と印						⑩ 郵 便 番 号						⑪ 住 所 コード					
	(フリガナ)						⑫ 事業所 の名称						(フリガナ)					
	被 保 險 者 (請求者) の 住 所						⑬ 左記の⑫の分べん日は 実分べんですかまたは 予定分べんですか						1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん					
	⑭ 分べんの日 平成			⑮ 分べんのため 休んだ期間 (支給期間)			⑯ 被保険者の 資格を取得 した日			⑰ 被保険者の 標準報 酬月額			千円					
	⑰ 分べんの日 平成			⑱ 左記の⑫の分べん日は 実分べんですかまたは 予定分べんですか			⑲ 報酬の支払を受けたとき 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			平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			円					
	⑳ 病院等 の名称			㉑ 病院等 の所在地			㉒ 氏 名			㉓ 生 年 月 日			㉔ 被保険者との続柄					
	㉕ 上記⑱の休んだ期間の うち健康保険または公 費で入院した期間			㉖ 上記⑱の休んだ期間の うち自費で入院した期 間			㉗ 日 数			㉘ 日 数			(備 考)					

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。  
※印欄は記入しないでください。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	① 労務に服さなかった期間		② 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。		
	年 月 日から	年 月	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	出勤	有給
	年 月	年 月	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	計	日
	年 月	年 月	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		
	年 月 日まで	年 月	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		
	日間	年 月	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		
	⑳ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円		
	㉑ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円	
	㉒ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円	
	㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円	
㉔ 現在までもまた将来も 支給しない場合はその旨		平成 年 月 日 提出			
㉕ ㉔のとおり相違ないことを証明します。		受付日付印			
住所 〒		平成 年 月 日			
事業主 氏名		電話 ( 局 ) 番			

医師または助産婦が意見をかくところ	㊦	分べん年月日	平成 年 月 日	㊧	分べん予定年月日	平成 年 月 日	
	㊨	正常分べん または 異常分べんの別	正常・異常	㊩	生 産 または 死 産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヲ月)	
	㊪	入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	㊫	入院費用 の 別	健保・公 費 自費・その他
	㊬	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )				
	㊭	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所〒 職名 ( ) 氏 名 ㊮ 電話 ( 局 ) 番					

※	㊰	減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額
	㊱	全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	
	㊲	不支給(産前法定外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	
	㊳	不支給(産後法定外)	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	

支払金融機関の欄	㊴	支払区分	* 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	㊵	預金種別	1. 普 通 2. 当 座 3. 通 知 段 4. 別	㊶	銀行 金庫 農協	本店 支店
	㊷	金融機関コード	*				口座名義		
	㊸	口座番号							郵便局

受取代理人の欄	㊹	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日							
		被保険者 (請求者)	住所 氏 名	㊺					
	㊻	代理人の 氏名と印	(フリガナ)	㊼ 委任者と代理人との関係					
	代理人の 住 所	㊽	郵便番号	-	(フリガナ)	㊾			送信
		㊿	住 所 コ ー ド	*					

社会保険労務士の提出代行者印	㊿
----------------	---