

出産手当金支給決定伺

資格	得	年	月	日	金額	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係長	係
	喪	年	月	日		金額								
前回までの支給期間	自	年	月	日	支給期間	自	年	月	日	日間				
健保法第58条適用	自	年	月	日	標準報酬月額 千円	計算式								
	至	年	月	日			日間							
		金額				円								

健康保険出産手当金請求書 (第 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号	記号	番号	② 被保険者の氏名	(フリガナ)											
	③ 被保険者の住所	〒														
	④ 事業所の名称															
	⑤ 被保険者の資格取得日	昭和	平成	年	月	日	⑥ 被保険者の標準報酬月額									千円
	⑦ 分娩年月日	令和	年	月	日	分娩予定日	令和	年	月	日						
	⑧ 分娩のため休んだ期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間						
	⑨ ⑧にかいた期間に報酬をうけられましたか 又はうけられますか	うけた・うけられる・うけない・うけられない														
	⑩ 報酬支払をうけたとき又はう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期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	の分として金					円	
	⑪ 入院して分娩しましたか 入院しないで分娩しましたか	入院分娩 ・ 入院外分娩														
	入院して分娩した時	⑫ 病院又は産院名											⑬ 病院又は産院の所在地			
		⑭ 入院した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間					
	⑮ 自費で入院しましたか 健康保険で入院しましたか	自費・健保・その他		被扶養者の有無		有・無										
		⑯ 振込希望口座		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は以下の欄に 被保険者名義口座 を記入してください)												
			銀行・農協	本店	口座番号	当座										
			信用金庫	支店	普通											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

事業主が証明するところ	分娩のため服した期間	令和 年 月 日から	日間	
	労働に服した期間	令和 年 月 日まで		
	上の期間中での支払関係	全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から	日分 円支給済
		④ 現在までも又は今後も支給しない場合は、その旨	令和 年 月 日まで	日分 円支給予定
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日	
事業主		住所又は所在地		
		氏名又は名称		

出生時の数 単胎・多胎 (児)

医師又は助産師が意見をかくところ	① 分娩年月日	令和 年 月 日分娩	分娩予定日	令和 年 月 日 分娩予定	
	② 請求が分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常	③ 請求が分娩後のときは生産又は死産の別	生産・死産 妊娠 (ヲ月)	
	⑤ 入院して分娩したときはその期間	令和 年 月 日から	日間	⑥ 入院費用の別	健保・自費・その他
		令和 年 月 日まで			
上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日		
職名 ()		住所			
		氏名			

この請求書は被保険者が分娩の前後休んだ場合は出産手当金を請求するものであること。

記入上の注意

(被保険者の注意事項)

- ① 出産手当金を数回にわけて請求するときは何回目かをかいてください。
- ②③にはあなたのことについてかき、④にはあなたが現在勤めている事業所の名称を、⑤にはあなたが資格を取得した年月日をかいてください。
- ⑦には分娩の日、と分娩予定日をかいてください。
- ⑨⑩は該当の文字を○でかこんでください。
- ⑫から⑮には入院したときにかき、入院しないときは斜線をひいてください。

(事業主の注意事項)

- ④には支給しないときは支給しないとかいてください。
- 被保険者が資格を喪失しているときは、喪失年月日以後証明する必要はありません。

(医師又は助産師の注意事項)

- ①②③④とも該当文字を○でかこんでください。
- 異常分娩のため療養の給付をしたときは、その旨をかいてください。