

健保記入欄	資格	得	年	月	日	標準報酬	千円
	喪		年	月	日	月額	

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

※注意事項:すべて和暦で記入

健康保険 出産手当金請求書

(第 1 回目)

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 800	被保険者 の氏名	健保 花子	生年 月日	昭 平	XX 年 XX 月 XX 日
	被保険者の 現住所	〒 104-0000 東京都中央区〇〇-〇 ΔΔマンション〇〇	電話番号	03-0000-0000			
	事業所名称	株式会社〇〇〇〇					
	確認事項						
	①今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか。 それとも出産後の申請ですか。						
		1. 出産前の申請		2. 出産後の申請			
②上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。 「出産後の申請」の場合は、出産予定日と出産日の両方を記入してください。							
		出産予定日	令和 XX 年 XX 月 XX 日				
		出産日	令和 XX 年 XX 月 XX 日				
③出産のために休んだ期間(申請期間)を記入してください。							
		令和 XX 年 XX 月 XX 日 から					
		令和 XX 年 XX 月 XX 日 まで	98 日間				
④上記の出産のために休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。 または今後受ける予定ですか。							
		1. はい		2. いいえ			
⑤上記④で「はい」と答えた場合、その報酬額と、その報酬支払の基礎と なった(なる)期間を記入してください。							
		令和 年 月 日 から					
		令和 年 月 日 まで	円				
		令和 XX 年 XX 月 XX 日					
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。							
		氏名	健保 花子	氏名を自署した場合は、押印不要です。			

受 取 代 理 人 の 欄	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。						
			令和 年 月 日				
	被保険者の (請求者)	氏名	氏名				
	代理人の氏名	フリガナ	氏名				
	代理人の住所	〒	電話番号				
委任者と代理人との関係							
受付日付印							

社会保険労務士 提出代行者の印	氏名	氏名
--------------------	----	----

事 業 主 が 証 明 す る 欄	被保険者証の記号・番号	-				被保険者 の氏名	
	労務に服さなかった期					日間	
	出勤状況	出勤は				有給	
	R 年 月 1				日	日	
	R 年 月 1				27 28 29 30 31		
	R 年 月 1				27 28 29 30 31		
	上記の期間に対して、						
	賞金の形態	月給					
	上記の期間を含む						
	区分	期間				月 日~	
通勤手当		円	円	円	円		
残業手当		円	円	円	円		
家族手当		円	円	円	円		
手当		円	円	円	円		
現物給与		円	円	円	円		
※ 出勤・賞金状況等について、別途当該証明期間にかかる「勤務表」および「給与明細」を添付ください。							
うえのとおり相違ないことを証明します。							
					令和 年 月 日		
事業主の住所(所在地) 〒							
電話番号							
会社名・代表者氏名							
医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る 欄	出産者氏名						
	出産予定年月日					月 日	
	出生児の数					産 週)	
	うえのとおり相違あり					日	
	住所(所在地)						
電話番号							
医師 医療機関名							
氏名							