

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			
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。						
	被保険者の 氏名		令和 年 月 日				
	(請求者)						
	代理人の氏名		氏名				
	代理人の住所		〒				
委任者と代理人との関係		電話番号					
受付日付印							

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

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	27	28	29	30	31
R	年	月	1		日	27	28	29	30	31
R	年	月	1		日	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					月	日~				
通勤手当					円					
残業手当					円					
家族手当	円	円	円	円	円					
手当	円	円	円	円	円					
現物給与	円	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。										
事業主の住所(所在地)					〒	令和	年	月	日	
電話番号										
会社名・代表者氏名					印					
出産者氏名					月	日				
出産予定年月日					月	日				
出生児の数					振	(週)				
うえのとおり相違あり					日					
住所(所在地)					医師または助産師が記入するところ					
電話番号										
医師	医療機関名									
氏名										