健康組合記入欄	決定額	円
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	差額調整日数	日間
	不支給期間	☐ 報酬あり【出勤・有給・他】 (日間)
		☐ その他()
	標準報酬	日額 円
	備考	

資格取得	平・令	年	月	日
資格喪失	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日
支給	令和	年	月	日
常務理事	事務長	係		

健康保険 出産手当金支給申請書 (第 回)

被保険者が記入する欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者の氏名(自署)	(フリガナ)	
	③ 被保険者の現住所等	〒 ※都道府県名から記入 電話番号 (— —)			
	④ 事業所名称		⑤ 勤務支店名		
	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日	⑦ 出産予定日	令和 年 月 日	
	⑧ 出産した医療機関等名称		⑨ 単胎・多胎の別	単胎 ・ 多胎 (児)	
	⑩ 請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			
	⑪ 上記請求期間中の報酬	受けた ・ 受けない ・ 今後受けられる ・ 今後も受けられない			
	⑫ 請求期間中に報酬を受けた(受けられる)場合の勤務状況について	請求期間中の出勤日数(有給休暇使用分含む) : 日間			
	委任欄	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名(自署)			
	退職者記入欄	※被保険者が「退職している(任意継続含む)」場合に記入。《名義は被保険者に限る》			
		金融機関名	銀行 組合 金庫 農協	支店名	本店 出張所 支店
		口座番号		預金種別	普通 ・ 当座
医師又は助産師が記入する欄	出産した者の氏名		生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)	
	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師又は助産師名 (Tel: — —)				受付印