裁決 日付印

NO.

伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長		扱者	被扶養者台帳照合印
支払年月日	年 月 日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					

※支給支払決議書	支給内訳	法定	款 項 目 拾万 万 千 百 拾 円	資格	得	年 月 日	前回	始	年 月 日
		附加			喪	年 月 日		終	年 月 日
	支給期間	法定	年 月 日～ 年 月 日 日間	法第55条	該当・不該当		入院期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
		附加	年 月 日～ 年 月 日 日間	標準報酬日額 円					
	分べんの日		年 月 日						

（該当条文法第五十条・五七条）

健康保険

出産手当金・出産手当附加金請求書

①（第 回）

被保険者が記入するところ	② 被保険者証の記号と番号	9 第 1000 号	③ 被保険者の氏名と印	佐藤 和子 ④ 佐藤
	⑤ 被保険者の現住所	佐野市堀米町1-2 方		
	⑥ 被保険者の勤務する事業所名	株式会社テクノポート 蒲田		
	⑦ 被保険者の資格を取得した日	年 月 日	⑧ 被保険者の標準報酬月額	円
	⑨ (A) この請求は分べん前のものですか、分べん後のものですか	分べん前 · [✓ 分べん後]		
	⑨ (B) 分べん前のときは、分べん予定日、分べん後のときは、分べんの日	18 年 5 月 13 日	[✓ 分べん] 分べん予定	
	⑩ 分べんのため休んだ期間	18 年 4 月 1 日から 18 年 7 月 7 日まで	98 日間	
	⑪ (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、又は受けられますか	受けた · 受けない · 受けられる · 受けられない		
	⑪ (B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった（なる）期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円		
	⑫ (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん · 入院外分べん		
	⑫ (B) 入院して分べんしたとき ㋐ 病院又は産院名	足利レディスクリニック	㋑ 病院又は産院の所在地	足利市大川町1-3
	㋒ 入院した期間	18年 10月 6日から 18年 10月 11日まで	6 日間	
	㋓ 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	㋔ 被扶養者がおりますか	いる · いない
	㋕ 被扶養者がいるときは、その者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄

（規則第六二条）

年 月 日提出

※ 受付日付印

領収書	金 円也領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長殿 氏名 ㊞

なお、この書面に記載する個人情報を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者提供することに同意いたします。

事業所担当者印

日本法令 健組23 61.5改(元)

（被保険者への注意事項）

1. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧は、「賃金支払内訳票など」をみればわかります。
2. ⑨の(A)、⑨の(B)の「分べん、分べん予定」の別、⑪の(A)、⑫の(A)および⑫の(B)の㋓と㋔は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なお、⑪の(A)は、現在までにも「受けない」が将来も「受けられない」場合又は現在までには「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんで下さい。
3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの前が四十二日間（多胎妊娠の場合は七十日）、分べんの後が五十六日間（分べんの当日を含む。）を限定として支給されます。
4. 給付金の受領方を他人に委任するとき、および給付金を受取ったときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印して下さい。
5. ※印の欄は、記入しないで下さい。

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係 ㋐ 全額支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円（ 月 日支払）	日額 金 円
	㋑ 一部支給した場合又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで の分 金 円（ 月 日支払）	日額 金 円
	㋒ 現在までにも又将来も支給しない場合は、その旨	支給せず	

うえのとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業主 ⑮ 住所 東京都大田区南蒲田1-1

⑯ 氏名 株式会社テクノポート蒲田 代表取締役 大田太郎 ⑰ ㊞ 大田

電話 03 局（437） 1246 番

（事業主への注意事項）

6. ⑭の㋐と㋑にわたるときは、両欄にわけて記載して下さい。
7. ⑭の㋒の欄は、現在までにも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載して下さい。
8. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。

医師又は助産師が意見をかくところ	⑱ 分べん年月日又は分べん予定年月日	18 年 10 月 7 日 [✓ 分べん] · 分べん予定		
	⑲ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	[✓ 正常] · 異常	⑳ 分べん後のときは、生産又は死産の別	[✓ 生産] · 死産（妊娠 ヶ月）
			㉑ 単胎または多胎の別	単胎 多胎
	㉒ 入院して分べんしたときは、その期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	㉓ 入院費用の別	健保 [✓ 自費] 公費・その他

うえのとおり相違ありません。

18年10月13日

㉔ 職名（医師） ㉕ 住所 足利市大川町1-3

㉖ 氏名 足利レディスクリニック 足利 正一 ㉗ ㊞ 足利

電話 021 局（256） 3457 番

（医師又は助産師への注意事項）

9. ⑱の「分べん、分べん予定」、⑲、⑳、㉑および㉓の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
10. ⑳欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
11. 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、㉒、㉓以外の証明については記載を省略しても結構です。

委任状	私は を代理人と定め、 年 月 日に請求した出産手当金及び同附加金、金 円也の受領を委任します。 年 月 日 本人 住所 氏名 ㊞ 代理人 住所 氏名 ㊞

（共通する注意）

12. 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
13. 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（①から⑫までの訂正箇所には④の印、⑬から⑯までの訂正箇所には⑰の印、⑱から㉖までの訂正箇所には㉗の印）を訂正印として押して下さい。
14. ⑩、⑪の(B)、⑫の(B)の㋩、⑬および㉒の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算して下さい。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。