

（記載上の注意）

（ハ）（ロ）（イ）

各欄とも必ず記入すること。不要の文字は消すこと。訂正箇所には必ず「夫々該当印にて訂正印を捺すこと」。

出産手当金は、女子被保険者が分娩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、その期間は分娩の日（分娩予定日より遅れた場合）においては、分娩予定日以前四十二日間（多胎妊娠の場合においては、九十八日間）分娩の後が五十六日間を限度として支給されます。

⑮の死産の場合は必ず妊娠幾箇月の死産か明記すること。

同年月日		年 月 日		円		常務理事		事務長		課長		係長		係		資格		得喪		年 月 日	
※支給額		年 月 日		日間		分娩予定日		年 月 日		分娩日		年 月 日		備考		標準報酬月額（千円）		入院期間		年 月 日	
支給		分娩前		年 月 日		分娩後		年 月 日		合計		年 月 日		該当条文		法 104、法 109		被扶養者		照合者印	
支給		分娩後		年 月 日		合計		年 月 日		合計		年 月 日		該当条文		法 104、法 109		被扶養者		照合者印	

①

（第 回目）

出産手当金請求書

記入例

② 被保険者証の記号と番号		00 第 00000 号		③ 請求者の氏名印		愛販 康子		④ 印	
⑤ 請求者の現住所		〒 000-0000 名古屋市中区栄 00-00-00		TEL (000) 000-0000					
⑥ 事業所の名称		〇〇××販売株式会社							
⑦ 被保険者の資格取得年月日		昭和 00 年 00 月 00 日		⑧ 被保険者の標準報酬月額		000 千円			
⑨ 分娩の休んだ期間		平成 00 年 00 月 00 日から 00 年 00 月 00 日まで		⑩ 左記の⑨の分娩予定日は実分娩か、又は、分娩ですか。		⑪ 実分娩(分娩予定日 00 年 00 月 00 日) ⑫ 予定分娩			
⑬ 分娩のため休んだ期間		平成 00 年 00 月 00 日から 00 年 00 月 00 日まで		00 日間					
⑭ うえの⑬の期間の分の報酬を受けたか、又は受けられるか		受けた、受けられる 受けられない		報酬支払いを受けたとき又は受けられるときの期間と額		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		円	
⑮ うえの⑬の期間の中に入院した期間があるか		ある ない		入院した期間があるときは、その病院の名称		〇〇〇病院		病院の所在地 名古屋市中区栄 00-00-00	
⑯ 入院した期間		平成 00 年 00 月 00 日から 00 年 00 月 00 日まで 00 日間		その入院した費用		健康保険 自費 その他		被扶養者があるかないか 有 無	
⑰ 労務に服さなかった期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		⑱ 右のとおり相違ないことを証明する		平成 年 月 日			
⑲ うえの⑱の期間中の報酬支給		月 日から 月 日まで の分として金 円全額支給		事業主に記入してもらいます		事業主住所氏名印			
⑳ 正常分娩と異常分娩の別		正常 異常		⑳ 職名 () 住所		医療機関名			
㉑ 出生児の数		単胎 ・ 多胎 (児)		㉒ () 氏名					
㉓ 入院分娩のときはその期間と費用の別		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		健康保険 自費 その他					