

※ 標準報酬月額 (千円)	資格	取得	年	月	日	全部一部不支給	自	年	月	日	全部一部不支給	自	年	月	日	
		喪失	年	月	日		日額	円	日額	円						
	支給 内 訳	100	自	年	月	日	全部一部不支給	自	年	月	日	全部一部不支給	自	年	月	日
			至	年	月	日		日額	円	日額	円					
計						備考										

健康保険 出産手当金請求書

(注) 記入については裏面の注意事項をよく読んでください。	① 被保険者証の記号と番号	記号	番号	② 被保険者の(請求者)氏名と印	(印)					
	③ 被保険者(請求者)の現住所	〒 () 電話 ()								
	④ 事業所の名称									
	⑤ 被保険者の資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	⑥ 被保険者の標準報酬月額 千円				
	⑦ 分べん予定日	平成	年	月	日	⑧ 出生児の数 1:単胎 2:多胎				
	⑨ 分べんの日	平成	年	月	日					
	⑩ 分べんのために休んだ期間	平成	年	月	日から	年	月	日まで	日間	
	⑪ うえの⑩に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、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								
	⑫ 報酬の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支払の基礎となった(なる)期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	の分として 円
	⑬ 入院した場合	⑭ 病院等の名称	⑮ 病院等の所在地							
		⑯ 入院した期間	平成	年	月	日から	年	月	日まで	日間

委任状欄	私は事業主である下記のものを代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産手当金の受領方を委任します。 平成 年 月 日	年月日提出 受付日付印
	事業所所在地	
	事業所名称	(印)
	事業主氏名	(印)
	被保険者(請求者)氏名	(印)

※委任状欄の被保険者(請求者)氏名印は②欄と同じ印を押してください。

会社を退職している場合は振込先を委任状欄に記入または通帳のコピーを添付して下さい。

2006. 4. 3000

分べんのため休んだ期間にかかる賃金台帳とタイムカード(出勤簿)のコピーを添付して下さい。

事業主が証明するところ	① 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	日間		
	② 被保険者の給与形態	月給・日給・日給月給・その他	③ 給与の計算期間・支払日 日から 日まで 当月・翌月 日支払		
		通勤手当		金銭・定期券・なし 1ヶ月・3ヶ月・6ヶ月・その他	
		④ 支給期間及び日数内訳	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日	月 日～ 月 日 出勤 日 欠勤 日 有休 日 公休 日
	⑤ 全部又は一部支給した場合、又は支給する場合、支給期間、内容、金額などを詳しく	基本給	円	円	円
		手当	円	円	円
		手当	円	円	円
		計	円	円	円
	⑥ 欠勤した時の控除方法、計算基礎及び控除金額	= _____ 円			
	⑦ 欠勤にかかわらず月単位で支給する報酬及び金額	手当 円	円	円	⑧ 現在までも、又将来も支給しない場合は、その旨
⑨ うえのとおり相違ないことを証明いたします。	平成 年 月 日	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	(印)		
⑩ 事業主の証明、添付書類に関して事業所担当者・社会保険労務士などの連絡先	電話 ()	氏名			

(注) 記入については裏面の注意事項をよく読んでください。

東京都家具健康保険組合

医師または助産士が意見を書くところ	分べん予定日	平成	年	月	日					
	分べんの日	平成	年	月	日					
	正常分べん又は異常分べんの別	1:正常	生産または死産の別		生産・死産(妊娠 ヶ月)					
		2:異常	単胎または多胎の別		1:単胎・2:多胎					
	入院して分べんしたときは、その期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間
		入院費用の別	健康保険	被保険者扱い						
		国保・共済組合・その他	被扶養者扱い							
	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日									
	住所									
	職名 ()									
氏名	(印)									
電話 ()	番									