

健康保険 出産手当金請求書

捨印欄 花
畑

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	104-82109		②被保険者(請求者)の氏名及び 生年月日	ハハハサキ 花畑 咲子 昭和57年8月7日生	
	③被保険者の 現住所等	〒532-0087 TEL 06 (8787) 3940 大阪市南淀川区西町8-7-10				
	④事業所名称	(株) 日本公文教育研究会教育	⑤ 部 署 名	〇Δ〇事務局		
	⑥資格取得日	平成16年4月1日	⑦退職後の 請求の場合は 資格喪失日	平成 年 月 日 (退職した日の翌日)		
	⑧ 出産予定 年 月 日	平成21年5月1日	⑨出産年月日	平成21年5月5日		
	⑩請求期間(法定期間)	平成21年3月21日から 102日間 平成21年6月30日まで				
	⑪ ⑩欄の請求期間中に 給与を受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けられる ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部受けられる ・ <input type="checkbox"/> 受けられない				
	⑫ 振込希望銀行 (被保険者名義に限る)	れんげ 銀行 薄紫 支店(普・当座 871087) 口座名義が旧姓の場合:(カカナで記入してください)				

・捨印欄には②欄と同じ印を押印してください。
 ・⑩請求期間の欄は、法定期間として請求できる最長の期間を記入してください。
 ※法定期間とは、出産日(出産が予定日より遅れたときは予定日)以前42日(多胎の場合は98日)と
 出産日の翌日から56日の期間です(出勤日・公休日・退職後の期間なども含みます)。
 ※但し、出勤日や有給など給与の支払があった日は出産手当金は支給されません。

医 師 ・ 助 産 婦 が 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日	
	正常・異常の別	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)
	生産・死産の別	出産に関して、医師または助産師の証明をうけてください			
	上記の事項を記載する 住所 医療機関名 医師又は助産婦の氏名	[印]			

事 業 主 が 証 明 す る	勤務形態の	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間																														
	出勤日「○」、有給休暇「△」、公休「公」、欠勤日「×」で表示してください																															
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月分	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

**産前・産後の休業に関して、事業主の証明をうけるために
事業所(会社)の人事担当部署経由でご提出ください。**

**なお、退職後の継続給付として請求する場合も各事業所の
人事担当部署にご提出ください。**

上の期間中の賞金支払状況	全部	自至	年	月	日	日分	円	月	日	支払
	一部									円
	全部	自至	年	月	日	日分	円	月	日	支払
	一部									円

⑩欄の期間中に、出勤したり、有給休暇を取得した場合は給与の支払が発生します。

ない 記入 担当者名

事業所所在地

事業所名称

代表者名 [印]

