

# 出産手当金請求書

(第 回目)

支給 決定 伺	年 月 日		
	常務理事	主任	担当

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証 記号	番 号		(職 場 名)				
	㊦ 分娩 (予定) の日	平成 年 月 日	㊧ 左記の分娩日は 実分娩ですか又は 予定分娩ですか。	1. 実分娩 (分娩予定日 年 月 日) 2. 予定分娩				
	分娩のため休んだ期間 (支給期間)	年 月 日から 年 月 日まで		日間				
	㊨ 上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	報酬の支払をう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		年 月 日から 年 月 日まで の分として 円			
	分娩 で 入 院 し た と き は そ の 旨	上記の休んだ期間のうち健康保険又は 公費で入院した期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
		上記の休んだ期間のうち自費で入院 した期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間		
	病 院 名			病院の所在地				
	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		
				年 月 日生				
	事業主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、欠勤は-でそれぞれ表示してください。					
	年 月 日から	年 月	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	計	有給			
	年 月 日まで	年 月	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	計	有給			
	日間	年 月	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	計	日			
上の期間中の分 として、報酬を 全額又は一部支 給した場合又は 支給する場合		年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日額	支払 円	
		年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日額	支払 円	
		年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日額	支払 円	
		年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日額	支払 円	
		年 月 日 ~	年 月 日	日間	円	月 日額	支払 円	
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨							
	上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日				
	事業主			印				

医 師 又 は 助 産 婦 の 記 入 欄	分娩年月日	年 月 日	分娩予定年月日	年 月 日			
	正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常		生産又は死産の別 生産 死産（妊娠 月 週）			
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）					
	入院して分娩したときは、その期間	自 費	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
	健康保険	年 月 日から	年 月 日まで	日間			
	健保入院の理由						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日						
	医師・助産婦		住 所				
			氏 名 印				
			電 話 ( ) - ( ) - ( )				
健 保 記 入 欄	支給決定額	標準報酬月額	出 産 手 当 金		休業期間中の事業主からの報酬額	差引支給額	
			日 額	支給日数			金 額
		千円					
	資 格	取 得 日	年 月 日	喪 失 日	年 月 日		
	備 考						

上記のとおり請求します。 年 月 日

三井E & S 健康保険組合 御中 被保険者住所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記金額の給付を事業主に委任します。 年 月 日

三井E & S 健康保険組合 御中 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

記入上の注意

1. 分娩後に請求する場合は、㊦欄に分娩日を記入するとともに㊩欄に分娩予定日を記入して下さい。
2. ㊷欄は請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて、二つの事項を○で囲んで下さい。