

女性被保険者が出産で休業した場合の休業補償の申請書類（産前産後で98日支給）

出産手当金請求書

支給決定	年	月	日
	常務理事	主任	担当
決			

○（日額の2/3相当額）（第1回目）

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証	記号 1010 番号 12345 ( 職場名 総務部 )			
	ア 分娩(予定)の日	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	イ 左記の分娩日は 実分娩ですか又は 予定分娩ですか。		
	分娩のため休んだ期間 (支給期間)	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日から 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間			
	ウ 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 <b>受けない</b> ・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	〇〇〇〇年 〇月 〇日から 〇〇〇〇年 〇月 〇日まで 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	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日から 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間		
		上記の休んだ期間のうち自費で入院 した期間	〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日から 〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日まで 〇 日間		
	病 院 名	〇〇〇病院	病院の所在地	東京都中央区築地〇〇	
	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	
	労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、欠勤はーでそれぞれ表示してください。			
	事 業 主 が 証 明 す る 欄	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
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		
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	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日額
	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日額
	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日額
	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日額
	日間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	月 日額
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。				〇〇〇〇 年 〇 月 〇 日	
事業主				印	

医師	分娩年月日	2018 年 2 月 25 日		分娩予定年月日	2018 年 2 月 28 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)	
又は	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)				
は 助 産 婦	入院して分娩したときは、その期間	自 費	2018 年 1 月 15 日から 2018 年 2 月 25 日まで 42 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				
婦 の 記 入 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 2018 年 2 月 26 日					
	医師・助産婦		住所 東京都中央区築地〇〇			
			氏名 〇〇〇病院			
			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
		千円	日額	支給日数		
	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。

2018 年 3 月 3 日

三井E & S 健康保険組合 御中

被保険者住所  
氏 名

東京都中央区築地 1-1-1  
健保 花子 印

上記金額の給付を事業主に委任します。

2018 年 3 月 3 日

三井E & S 健康保険組合 御中

被保険者氏名

健保 花子 印

#### 記入上の注意

1. 分娩後に請求する場合は、(ア) 欄に分娩日を記入するとともに(イ) 欄に分娩予定日を記入して下さい。
2. (ウ) 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。