

記入例

受付年月日	平成	年	月	日
同年月日	平成	年	月	日
決裁年月日	平成	年	月	日

A3サイズで印刷してください

支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
標準報酬月額	円(第 級)	

資格取得	年 月 日
資格喪失	年 月 日
前回の開始	年 月 日
前回の終了	年 月 日
支払年月日	平成 年 月 日
不支給理由	

出産手当金請求書 (第 回目)

下記のとおり申請します。

平成 24年 8月 6日

被保険者の住所 〒 123-4567

大阪市〇〇区△△町×-×-×

フリガナ 大和 花子
氏名 大和 花子

電話番号 01-2345-6789

申請日は「分娩のため休んだ期間」の最終日以降の日付としてください。

ダイワボウ健康保険組合理事長殿

被保険者証の記号・番号	〇〇-123456	事業所の名称	××××株式会社	標準報酬等級月額	××,×××円 第××級	
分娩前の別	分娩前・分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日	平成 24年 6月 11日	分娩日	平成 24年 6月 10日
分娩のため休んだ期間	平成 24年 5月 1日から 平成 24年 8月 5日まで	97日間				
うえの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日分 円					
振込希望の金融機関名	フリガナ 銀行 信用金庫 農協	フリガナ 支店 普通 当座				

事業主証明	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
	うえの期間中として支払う報酬関係	全額支給の場合 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分金 (事業主が記入するところです。)
		一部支給の場合 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分金 (円 日支払) (日金 額円)
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 氏名 (印)			

委任状	私は ××××株式会社 代表取締役社長 を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	平成 24年 8月 6日請求した出産手当金のうち 金 円也の受領に関すること。 平成 24年 8月 6日		
	被保険者の住所	大阪市〇〇区△△町×-×-×	氏名 大和 花子 (印)
	代理人の住所		氏名 (印)
振込希望の金融機関名	銀行 信用金庫 農協	事業主が記入するところです。 (号)	

医師または助産師の意見	分娩年月日	平成 年 月 日	分娩	単胎 (児)
	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩予定	多胎 (児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	出産・死産(妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 (職名) 住所 氏名 (印)			

医師または助産師に記入してもらってください。

手書きの場合は楷書で丁寧に記入してください。字が読みづらいと、正しい文字の確認に時間がかかり、支払が遅れる場合があります。