

記入例

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日

# A3サイズで印刷してください

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

資格喪失	年 月 日
前回の支払年月日	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。

令和元 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 **ダイワ** **ハコ**  
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	100-1234567	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	分娩予定日	令和元年 6 月 11 日	
分娩後の別		分娩後に請求するときは分娩予定年月日	分娩日	令和元年 6 月 10 日	
分娩のため休んだ期間	令和元年 5 月 1 日から 令和元年 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	年 月 日から 年 月 日まで 日分 円				
振込希望の金融機関名	フリガナ <b>ダイワ</b> <b>銀行</b> <b>大和</b>	フリガナ <b>ダイワ</b> <b>普通</b> <b>本町</b>	支店	当座	2 3 4 5 6 7 8

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。

事業主証明	労務に服さなかった期間	年 月 日から 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	年 月 日から 年 月 日まで 日分 金 (事業主が記入するところです。)
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで 日分 金 (月 日支払) (日 額 金 円)
支給しない場合			
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏名 (印)			

初産用月刊誌	第一子を出産	<input checked="" type="radio"/> はい ・ <input type="radio"/> いいえ	※いずれかを○で囲むこと(初回提出時のみ) 第一子の場合下記送付先に初産用月刊誌「赤ちゃん和妈妈」を送付		
	送付先住所	〒123-4567 大阪府大阪市〇〇区△△町×-×-×		送付先氏名	大和 花子

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩	単胎 ( 児)
	分娩予定年月日	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。 年 月 日 医師または助産師に記入してもらってください。 住所 (職名) 氏名 (印)			

振込希望の金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店 ( 普通 第 号)	当座
------------	------------	--------------	----

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 ダイワボウ健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名 (印)
-----	---