

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

給付No.			オカモト健康保険組合 殿		令和 年 月 日提出		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号	記 号	番 号	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 ・ 印 生 年 月 日	S・H 年 月 日生		
	現 住 所	〒 — TEL — —					
	事業所名				属 性 コード		
	出産年月日	令和 年 月 日		退職者等記入欄	退職後(退職予定者を含む)請求の場合は以下に請求者 本人名義の金融機関受取口座をご記入下さい。		
	出産予定日	令和 年 月 日			振 込 先	銀行 支店	
	請 求 区 分	出産前・出産後・一括			預金の種類	普通・	口座番号
					フリガナ		
	出産のため 休んだ期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		左の期間 のうち 入院した期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
委 任 状	本請求に基づく給付金の受領を 委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名・印						

支給決議書(通知No.)

決 裁			承 認 欄		支 給 金 額		
執 行					円		
報酬月額	/1~		支給開始 年月日	令和 年 月 日	法定給付 満了年月日	令和 年 月 日	
取得	年 月 日	条 文	103(調 整) 104(喪 後) 108(差 補)		記 帳	台 帳	入 力
喪失	年 月 日						

報酬日額 支給率 給付日額 請求期間 支給算出額

円 × 2/3 = 円 × 自 月 日 日間 = 円

円 × 2/3 = 円 × 自 月 日 日間 = 円

支給算出額 — 減額 = 円 (明細は右欄)

不支給期間はその他で明示

医師または助産師の意見書

出 産 年 月 日	令 和 年 月 日									
出産予定年月日	令 和 年 月 日									
出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)					生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヵ 月)			
入院して出産した 時 は そ の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			日 間	入 院 費 用 の 別			自 費	健 保	公 費
う え の と お り 相 違 あ り ま せ ん 。 令 和 年 月 日 所在地 医療機関 名 称 医師助産師 氏名・印 印 TEL — —										

【医師若しくは助産師の方へ】

- ☆ 出産予定日以前の出産の場合は出産予定日の記入は必要ありません。
- ☆ 死産の場合は妊娠何ヶ月の死産であったかを必ずご記入下さい。
- ☆ 医師若しくは助産師の印は原則省略できませんが、海外で出産した場合には、サインでも構いません。

事業主の証明書

給 与 区 分	月 給 者 ・ 日 給 者 ・ 時 給 者									
労務に就かなかった期間	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間									
上記期間において 報酬を支給した場合 (有給休暇を含む)	全額払い	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間								
	一部払い	令 和 年 月 日 から 令 和 年 月 日 まで 日 間								円
事業所担当	う え の と お り 相 違 な い こ と を 証 明 し ま す 。 令 和 年 月 日 所在地 事業所の 名 称 事業主の 氏名・印 印									

※ 勤怠確認資料(賃金台帳・出勤簿等の写)を必ず添付して下さい。

減 額 期 間	年	月	日	～	年	月	日	日 数	金 額				
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	日	.....	.....	.....	.....	円
全 部 不 支 給	年	月	日	～	年	月	日	日					