



| | | | | | |
|-------------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-------|-------|
| 組 合 使 用 欄 | 起案年月日 | 年 月 日 | 係 員 部 課 長 | 事務局 長 | 常務 理事 |
| | 支給決定金額 | 円 | | | |
| | 標準報酬月額 | 標準報酬日額 | 支 給 期 間 | 支給日数 | 回数 |
| | ,000 @ 円 | | 自 年 月 日 至 年 月 日 日間 | 日間 | 回目 |
| 前 回 ま で の 支 給 期 間 | 自 年 月 日 | 日 間 | 備 考 | | |
| | 至 年 月 日 | 日 間 | | | |
| | 資 格 関 係 | 年 月 日 取 得 | | | |
| 照 合 済 | 年 月 日 喪 失 | | | | |

健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回)

平成〇〇年〇月〇日提出

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| 被 保 険 者 の 記 入 欄 | ① 被 保 険 者 証 の 記 号 被 記 号 ・ 番 号 | 12 | 番 号 | 345 | ② 事業所の名称 | △□信用組合 | |
| | ③ 被 保 険 者 の 氏 名 | 信用 組子 (信組) 印 | | ④ 被 保 険 者 の 住 所 | 〒540-0026 大阪市中央区〇〇町3-4-5 | | |
| | ⑤ 分 娩 予 定 日 | 平成 〇〇 年 4 月 22 日 | ⑥ 分 娩 日 | 平成 〇〇 年 4 月 22 日 | ⑦ 出 生 児 の 数 | ア 単胎 イ 多胎 (児) | |
| | ⑧ 分 娩 の た め に 労 務 に 服 さ な か っ た 期 間 (請 求 期 間) | 自 平成 〇〇 年 3 月 12 日 至 平成 〇〇 年 6 月 17 日 延 98 日間 | | ⑨ ⑧ の 期 間 中 、 報 酬 の 全 部 又 は 一 部 を 受 け た 期 間 及 び そ の 金 額 | 自 平成 〇〇 年 3 月 12 日 至 平成 〇〇 年 6 月 17 日 延 98 日間 0 円 | | |
| ⑩ 入 院 と 分 娩 き | ⑦ 医 療 機 関 名 | 〇△病院 | | ① 所 在 地 | 大阪市中央区〇〇町1-2-3 | | |
| | ⑧ 期 間 | 平成 〇〇 年 4 月 22 日 から 5 日間 平成 〇〇 年 4 月 26 日 まで | | ⑨ 自 費 で 入 院 し ま し た か 健 康 保 険 で 入 院 し ま し た か | 自 費 ・ 健 康 保 険 ・ そ の 他 | | |

| | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 委 任 状 | ⑪ 私 は △□信用組合 を 代 理 人 と 定 め 、 平 成 〇〇 年 〇 月 〇 日 請 求 し た 出 産 手 当 金 の 受 領 方 を 委 任 し ま す 。 |
| | 被 保 険 者 の 住 所 大阪市中央区〇〇町3-4-5 氏 名 信用 組子 (信組) 印 |
| | 代 理 人 の 住 所 大阪市北区〇〇町5-6-7 氏 名 △□信用組合 理事長 〇□ 良一 (〇) 印 |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|--------|---------------------|
| 事 業 主 証 明 欄 | ⑫ 労 務 に 服 さ な か っ た 期 間 | 平成 〇〇 年 3 月 12 日 から 平成 〇〇 年 6 月 17 日 まで 98 日間 | | 備 考 | |
| | ⑬ ⑫ 支 払 期 間 中 関 係 ⑦ 全 額 支 給 し た 場 合 又 は 支 給 す る 場 合 | 平成 年 月 日 から | 平成 年 月 日 まで | | 金 円 (月 日 支 払) の 分 |
| | ⑧ 一 部 支 給 し た 場 合 又 は 支 給 す る 場 合 | 平成 年 月 日 から | 平成 年 月 日 まで | | 金 円 (月 日 支 払) の 分 |
| | ⑨ 現 在 ま で に も ま た 将 来 も 支 給 し な い 場 合 は そ の 旨 | 現在までも、また将来も支給しない | | | |
| 上 記 の と お り 相 違 い な い こ と を 証 明 す る 。 | | | | | |
| 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 | | 事 業 所 の 所 在 地 大阪市北区〇〇町5-6-7 | | | |
| | | 事 業 所 の 名 称 △□信用組合 | | | |
| | | 事 業 主 氏 名 ・ 印 〇□ 良一 (〇) 印 | | | |

しんくみ関西健康保険組合

| | | | | | |
|---------------------------------|---------|------------|---------|-------------|----|
| 医師 又は 助産師 の 証明 欄 | ⑭ 分娩予定日 | 平成 年 月 日 | ⑮ 入院期間 | 平成 年 月 日から | 日間 |
| | 分娩年月日 | 平成 年 月 日 | | 平成 年 月 日まで | |
| | ⑯ 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | ⑰ 入院費の別 | 自費、健康保険、その他 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | 医療機関の所在地 | | | |
| | | 医療機関等の名称 | | | |
| | | 医師又は助産師の氏名 | | ㊟ | |

申請に必要な添付書類

資格喪失後の請求の場合のみ

- (1) 現在加入している保険証のコピー
 - (2) 健康保険の被扶養者である証明
 - (3) 国民健康保険に加入している証明
- のいずれかを添付してください。

記入上の注意

(被保険者の注意事項)

1. ⑦、⑩の㊦欄は該当する文字を○印で囲んでください。

(事業主の注意事項)

1. ⑬の㊧～㊩にわたるときは、両欄にわけて記入してください。
2. ⑬の㊪は、支給しない場合は「支給しない」と記入してください。
3. 被保険者の資格喪失した後の期間にかかる請求があったときは、証明を要しません。
4. 被保険者記入欄の⑧の期間中に労務に服さなかった期間が全くない場合は、備考欄に「何月何日から何月何日(⑧の期間)の間において労務に服さなかった期間はありません。」とご記入下さい。

(医師又は助産師の注意事項)

1. ⑯及び⑰は該当する文字を○印で囲んでください。