

被 保 險 者 の 項 目

ア、①および⑥は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
 イ、⑩の④は、現在までも「受けない」が将来も「受けない」場合
 ウ、又は現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんで下さい。
 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、出産日（出産が予定よりおくれた場合は出産予定日）以前四十二日（多胎妊娠の場合は九十八日）から出産日後五十六日までの期間支給されます。

出 産 手 当 金 支 給 決 定 伺		常務理事	事 務 長	部 長	係
支 給 決 定 額	¥				
支 給 期 間	年 月 日	資 格 得	年 月 日		
	年 月 日	資 格 喪	年 月 日		
標準報酬月額	千円	前 始	年 月 日		
決定年月日	年 月 日	回 終	年 月 日		
支給年月日	年 月 日	日額 円 日間			
		¥			

資格情報のお知らせ等に記載の記号・番号をご記入ください。

出産手当金請求書

(第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 の 証 の 記 号 と 番 号	(記号) 99	フリガナ	ケンポ ハナコ	③	
		(番号) 999	② 被 保 険 者 の 氏 名 と 印	健保 花子	印	
	④ 被 保 険 者 の 現 住 所	和歌山市美園町5丁目1番地の1			電話 番号 073-436-0502	
	⑤ 事 業 所 の 名 称	〇〇農業協同組合			分からない場合は記入不要です。	
	⑥ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日	〇年 〇月 〇日	⑦ 被 保 険 者 の 標準報酬月額	千円		
	⑧ 分 べ ん 前 の と き は 、 分 べ ん 予 定 の 日 分 べ ん 後 の と き は 、 分 べ ん の 日	〇年 〇月 〇日		分 べ ん 予 定 分 べ ん		
	⑨ 分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間	〇年 〇月 〇日から 〇〇 日 間 〇年 〇月 〇日まで				
	⑩ う え の ⑨ に 記 入 し た 期 間 中 の 報 酬 を	⑦ 現 在	〇年 〇月 〇日から 〇月 〇日			
		受けない	受けた	の分として 〇〇〇, 〇〇〇 円		
		① 将 来	〇年 〇月 〇日から 〇月 〇日			
	受けられない	受けられる	の分として 円			

受 領 委 任	名 称	〇〇農業協同組合	に 委 任 し ま す 。
	氏 名	事業主〇〇 〇〇	
	委任払い	被 保 険 者 の 氏 名 ・ 印	健保 花子

資格喪失後の被保険者(本人)が直接受領するときは、振込先JA名を記入してください。

振 込 先	J A	本店	支店
フリガナ		口座(種目・番号)	
名義人(②と同)			

事業主が証明するところ	⑪ 労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日 間
	⑫ うえの 期間中 の分として支 払う報酬関係	⑦ 全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで		金 円 { 日額 の分 (月 日支払) 金 円 }
		⑧ 一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 まで		金 円 { 日額 の分 (月 日支払) 金 円 }
		⑨ 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。 年 月 日 事業主 ⑬ 名称 氏名 ⑩				

〔事業主の注意事項〕

エ、⑫の⑦と⑧にわたるときには、両欄にわけて記載して下さい。
 オ、⑫のウの欄は、現在にいたるまでも将来にも支給しないときは、「支給しない」と記載して下さい。
 カ、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を行う必要があります。
 キ、⑬には事業主の名称および代表者の氏名を記入して下さい。

医師又は助産師が意見を記入するところ	⑭ 分べん年月日又は分べん予定年月日		年 月 日 分べん ・ 分べん予定			
	⑮ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	⑯ 生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)		
	⑰ 入院して分べんしたときはその期間 (健保扱いの期間のみ)	年 月 日 から 年 月 日 まで		⑱ 分べんの費用の別	健保・自費 一部・健保 (その理由)	
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医師 住所 ⑲ 又は 助産師 氏名 ⑩ 電話 () 番					

〔医師又は助産師の注意事項〕

ク、⑭の「分べん・分べん予定」、⑮、⑯および⑱の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。また⑱の欄で一部健保の場合はその理由を()に記入下さい。
 ケ、⑰欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
 コ、⑱の欄は健保扱いの期間のみ記入下さい。

(共通する注意)

サ、印は、ハッキリ押し、印もれのないように注意して下さい。

シ、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印 (①から⑩までの訂正個所には③の印、

⑪から⑫までの訂正個所には⑬の印、⑬から⑱までの訂正個所には⑲の印) を訂正印として押して下さい。