

## 被保険者の項目

ア、イ、ウ、又は現在までには「受けない」が将来も「受けられない」場合  
 ①および⑥は、健康保険の被保険者証に書いてあります。  
 ⑩の⑦⑧は、現在でも「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。  
 ⑨に記入した期間中の報酬を  
 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
支定額	¥						
支給期間	年 月 日			資格	得喪	年 月 日	
	年 月 日			前回	始終	年 月 日	
標準報酬月額	千円			日額	円	日間	
決定年月日	年 月 日						
支給年月日	年 月 日						

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被保険者証の記号と番号	(記号) 99 (番号) 999	フリガナ	ケンポ ハナコ	③印
	②被保険者の氏名と印	健保 花子			
	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	○○農業協同組合			
	⑥被保険者の資格を取得した日	○年 ○月 ○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	○年 ○月 ○日		○年 ○月 ○日	分べん予定 分べん
	⑨分べんのため休んだ期間	○年 ○月 ○日から ○年 ○月 ○日まで			
	⑩うえの⑨に記入した期間中の報酬を	⑦現在 受けない	受けた	○年 ○月 ○日から ○月 ○日 の分として ○○○, ○○○ 円	○年 ○月 ○日から ○月 ○日 の分として ○○○, ○○○ 円
	①将来	受けられない	受けられる		

受領委任	この給付金の受領を事業主	名称	○○農業協同組合	に委任します。
		氏名	事業主○○ ○○	
委任払い		被保険者の氏名・印	健保 花子	印

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	JA		本店	支店
フリガナ				
名義人(②と同)			口座(種目・番号)	

事業主が証明するところ	(11) 労務に服さなかつた期間		年 月 日 から						日 間		事業主の注意事項		
			年	月	日	まで							
	(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	金	円	日額			「支給しない」と記載して下さい。
			年	月	日 まで	(月)	日支払	金					
			(1) 一部支給した場合又は支給する場合		年	月	日 から	金	円	日額			
(7) 現在までにも又は将来も支給しない場合は、その旨		年	月	日 まで	(月)	日支払	金						
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										印			

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						医師又は助産師の注意事項			
			年	月	日	から						
	(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			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(19)の欄に記入下さい。	
			(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			日間	(18) 分べんの費用の別
					年	月	日	まで				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										印		
電話 ( ) 番												

(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、⑭から⑯までの訂正個所には⑯の印)を訂正印として押して下さい。

エ、(12)の⑦と④にわたるときには、両欄にわけて記載して下さい。  
 オ、(12)の欄は、現在にいたるまでも将来にも支給しないときは、  
 カ、(13)には事業主の証明を行う必要がありません。  
 キ、事業主の名称および代表者の氏名を記入して下さい。

コ、ケ、ク、  
 (14)の「分べん・分べん予定」、(15)および(16)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(19)の欄に記入下さい。  
 (16)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。