

※支給支払決議書	受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	同年月日	平成 年 月 日	記入例			
	決済年月日	平成 年 月 日				
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円	資格取得年月日	平成 年 月 日		
	内訳	法定	資格喪失年月日	平成 年 月 日		
		任意	報酬額	第 報 酬 額 (級)		
	支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	給種別	産前・産後		
	備考					

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿
健康保険 出産手当金・出産手当金付加金請求書 ¹ (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	678 - 12345	3 被保険者氏名	健 保 桜	
	4 被保険者の 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-1-1 TEL 01-2345-6789			
	5 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	6 標準報酬月額	260,000 円	
	7 資格を取得 した年月日	平成 22 年 4 月 1 日	8 分娩前請求又は 分娩後請求の別	<input type="checkbox"/> 分娩前の請求 <input checked="" type="checkbox"/> 分娩後の請求	
	9 上記8で「分娩前の請求」の場合は、分娩予定年月日 を記入して下さい。「分娩後の請求」の場合は分娩 予定年月日と分娩年月日を記入して下さい。	分娩予定年月日	平成 22 年 7 月 16 日		
		分娩年月日	平成 22 年 7 月 19 日		
	10 分娩のため 休んだ期間	平成 22 年 6 月 5 日 から 平成 22 年 9 月 13 日 まで 101 日間			
	11 上記10の分娩のため休んだ期間の報酬を受けましたか。 又は今後受けられますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない			
	12 上記11で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その 報酬支払の基礎となる期間と報酬の額を記入して下さい。	平成 22 年 6 月 5 日から 平成 22 年 6 月 7 日まで 30,000 円			
	13 振込希望の 金融機関名	○○○ (銀行)・金庫・信組 △△△ 支店 普通 12345678			

※訂正した場合は、必ず訂正印(被保険者氏名欄同一印)を押印して下さい。

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見	14 分娩した者の氏名	健 保 桜			
	15 分娩予定年月日	平成 22 年 7 月 16 日	16 分娩年月日	平成 22 年 7 月 19 日	
	17 出生児の数	単胎・多胎 (児)	18 生 産 又 は 死 産 の 別	(生 産) ・ 死 産 (妊 娠 週)	
	19 上記のとおり相違ありません。 平成 22 年 7 月 20 日 医療施設所在地 東京都千代田区神田○-△-□ 医療施設名称 ○ △ □ ☆ 病院 医師・助産師の氏名 ● ▲ ■ ★ TEL 22-2222-2222	担 印 医			

【医療施設担当医師・助産師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印(担当医師・助産師印)を押印して下さい。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	20 被保険者証の記号・番号	678 - 12345	21 被保険者氏名	健 保 桜		
	22 労務に服さなかった期間	平成 22 年 6 月 5 日 から 平成 22 年 9 月 13 日 まで 101 日間				
	上記22の 期間中の 分として 支払う 報酬関係	A 全部支給 した場合 又は支給 する場合	平成 22 年 6 月 5 日 から 平成 22 年 6 月 7 日 まで 3 日間 ◆支給した(する)金額 30,000 円(日額 10,000 円) ◆出勤 日分 ◆有給 3 日分 ◆(通勤) 手当 3 日分			
		B 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 日間 ◆支給した(する)金額 円(日額 円) ◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆() 手当 日分			
		C 今現在も 将来にも 支給しない 場合等	平成 22 年 6 月 8 日以降支給しない。			
24 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 22 年 9 月 14 日 事業所所在地 東京都港区虎ノ門○-△-□ 事業所名称 株式会社 ○ △ □ ☆ 事業主氏名 代表取締役 ● ▲ ■ ★ TEL 11-1111-1111	事 印 主					

【事業所担当者殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印(事業主印)を押印して下さい。

※23欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。

※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付して下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	25 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。
	26 振込希望の 金融機関名

1 「請求回数」を記入して下さい。

2 交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

3 わからない場合等は、無記入で構いません。

4 産前休暇に入った日から産後休暇の最終日(分娩日の翌日から数えて56日目)の期間(公休日を含む)を記入して下さい。
【支給期間】
分娩の日(分娩が分娩予定日より遅れた場合は分娩予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から分娩日後56日の期間で支給要件をみたした期間。

医師又は助産師の証明が必要となります。

**事業主の証明が必要となります。
※継続給付に該当の任意継続被保険者及び退職者は必要ありません。**

【資格喪失後の継続給付】
被保険者の資格を喪失した場合でも、資格喪失日(任意継続被保険者の資格を喪失した者は、その資格を取得した日)の前日まで被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失日の前日に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態であれば、被保険者として受けることができるはずであった期間、引き続き支給を受けることができます。

**下記の事項に該当した場合は、調整することとなります。
傷病手当金との調整(出産手当金の支給優先)**
※傷病手当金受給中に出産手当金の支給事由が発生した場合は、傷病手当金は支給停止となり、出産手当金の支給が優先されます。ただし、すでに傷病手当金が支給されてしまったときは、出産手当金の内払いとみなし、その額だけ出産手当金の額が調整されます。