

※ 支給 支払 決議 書	同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	決済年月日	令和 年 月 日	出産手当金記入例			
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円				
	取得年月日	平・令 年 月 日	出産手当金算定額	円(日額 円)		
	喪失年月日	令和 年 月 日	出産種別	単胎・多胎	支給種別	産前・産後
	支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
	備考	当組合記入欄				受付日付印

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 出産手当金請求書 ¹ (第 1 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者証 記号・番号	321 - 87654	3 被保険者氏名	健保 桜	
	4 被保険者の 現住所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3 フォーラム123 Tel 080-1111-0000			
	5 資格を取得 した年月日	平・令 2年 4月 1日	6 出産前請求又は 出産後請求の別	<input type="checkbox"/> 出産前の請求 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後の請求	
	7 上記6で「出産前 の」を記入してく ださい。「出産 年月日」を記入してく ださい。	被保険者が記入してください ※記入漏れのないようにお願いします		令和 3年 4月 2日	
	8 出産のため 休んだ期間			令和 3年 4月 7日	
	9 上記8の療養のため 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 type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 今後受けない			
	10 上記9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 入してください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円			
	11 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名 ●▲■銀行	支店名 ▲■★支店		
		(普通預金) 口座番号 7654321	(カタカナ) 口座名義人 ケンポ サクラ		

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	12 出産した者の氏名	健保 桜		
	13 出産予定年月日	令和 3年 4月 2日	14 出産年月日	令和 3年 4月 7日
	15 出生児の数	● 死産（妊娠 週）		
	17 上記のとおり相違 あり	令和 3年 5月		
	医療施設名称 ●▲■★大学病院	医師・助産師氏名 ○△ □☆ Tel 03-1111-0000		

【留意事項：医療施設担当医師・助産師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります（確認させていただく場合があります）。

※内容により当組合（保険者）から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

事業主が証明するところ	18 被保険者証の記号・番号	321 - 87654	19 被保険者氏名	健保 桜	
	20 労務に服さなかった期間	令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 3 年 4 月 30 日 まで 30 日間			
	21 上記 20 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	令和 年 月 日 から 令和 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		
		B	事業主に証明を頂いてください		
		C 今現在も将来にも支給しない場合等	現在までにも又将来も支給せず		
22 上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 3 年 5 月 15 日 事業所所在地 東京都港区■■■■2-3-4 事業所名称 株式会社○△□☆ 事業主氏名 代表取締役 ●▲ ■★ TEL 03-0000-0000				

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。
 ※21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)」の写を添付してください。

受取代理人の欄	23 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。		24 被保険者との関係
	令和 年 月 日 被保険者 氏名 代理 氏名	給付金に関する受領(対象者が死亡の場合等)を代理人に委任する場合に記入してください	
25	振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号	支店名 (カタカナ) 口座名義人