



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
前回までの支給期間	自	年	月	日	日間	至	年	月	日	日間	備考		
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	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 入院の医療機関名	○△病院		⑪ 所在地	大阪市中央区〇〇町1-2-3			
⑪ 入院期間	平成〇〇年4月22日から 平成〇〇年4月26日まで	5 日間	⑫ ⑩の期間中、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(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 ○□ 良一 (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の支払う期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 金 円 ( 月 日支払)	
	⑭ ⑬の支払期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分 金 円 ( 月 日支払)	
	⑮ ⑬の支払に係	現在までも、また将来も支給しない		
上記のとおり相違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 ○□ 良一 (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。