

（被保険者の注意事項）

3. 2. 1. ④・⑦・⑧の④は、それぞれ記入して下さい。
おいては出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合98日）目から、出産日後56日までを限度として支給されます。
なお、出産当日は出産日以前の期間に含まれます。

支 給 決 議 書	支 給 額				拾 万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課 長	係 長	担 当 者		
	資 格 取 得		年 月 日		支 給 期 間	年 月 日		日間	一 部 不 支 給	月 日		日間		円		
	資 格 喪 失		年 月 日			年 月 日				月 日		日間				
	資 格 取 得		年 月 日		入 院 期 間	年 月 日		日間		報酬の支給によるため						
	資 格 喪 失		年 月 日			年 月 日				前回 月 日まで支給済						
	標準報		年 月 日			年 月 日				千円		千円		年 月 日以降給付期間満了		
	酬月額		年 月 日			年 月 日				千円		千円				

健康保険 出産手当金支給申請書（第 回目）

事 業 主 が 記 入 す る こ ろ	⑨ 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の出勤状況を記入して下さい。 出勤は○ 欠勤は○ 有給は㊤ 休日は㊦	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤 日	有給 日	欠勤 日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤 日	有給 日	欠勤 日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤 日	有給 日	欠勤 日
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤 日	有給 日	欠勤 日
	⑩ 労務に服さなかった期間中の報酬支払状況（該当するところを○で囲むこと）										□ ア．全部支払った。 □ イ．一部支払った。 □ ウ．一切支払わない。 又は予定 又は予定																									
	⑪ 支払の方法		㊦ 日締切 □ 当月 □ 翌月										日支払		賃金形態		㊧ □ 月給 □ 日給 □ 日給月給 □ その他（ ）																			
	⑫ 通常（1ヶ月出勤した場合）支給する報酬について						基 本 給 □月額 □日額		手当		手当		手当		手当		手当		手当		合 計															
																					0															
	⑬ 労務に服さなかった期間を含む1ヶ月毎の賃金台帳を写して下さい。 〔支給しない場合は0円と記入して下さい〕		月分	月 日から																																
			月分	月 日まで																																
月分			月 日から																																	
月分			月 日まで																																	
給与支給算出内訳 （この算出式にあてはまらない場合は、下記に記入して下さい。）		(基 本 給)		円÷		日(時間)×		日(時間)=		円																										
		()		円÷		日(時間)×		日(時間)=		円																										
		()		円÷		日(時間)×		日(時間)=		円																										
		()		円÷		日(時間)×		日(時間)=		円																										
欠勤控除の方法を記入して下さい。 （基本給、手当等）																																				
⑭ 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 年 月 日 名 称 事業主名 T E L ()																																				

- （事業主の注意事項）
1. ⑨は出勤簿と十分に確認し、上記の扱いで記入して下さい。
2. 被保険者の資格を喪失した後の請求であるときは、事業主の証明は必要ありませんので記入しないで下さい。

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を 書 く こ ろ	出産者氏名											療養費用の別	□ 自費 □ 健保 □ その他									
	出産年月日	年 月 日										出産予定年月日	年 月 日									
	出産(予定)日以前42日(多胎98日)出産日後56日の間に入院したときは、その期間	年 月 日 日間										左記の期間中に健康保険を適用した期間	年 月 日 日間									
	出生児の数	□ 単胎 □ 多胎（ 児）										生産又は死産の別	□ 生産 □ 死産（妊娠 週）									
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所 在 地 医 療 機 関 の 名 称 医師、助産師の氏名 T E L ()																					

- （共通の注意事項）
1. 該当しない欄は、斜線をひいて下さい。