

受付年月日	年 月 日
同 年 月 日	年 月 日
決 年 月 日	年 月 日
支 給 額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
標準報酬月額	円

支 給 支 払 決 議 書
常務理事 事務次長 事務次長 課長
資格取得 年 月 日
資格喪失 年 月 日
前回 年 月 日
支払年月日 年 月 日
不支給理由 年 月 日

健康保険出産手当金請求書

①被保険者証の 記号・番号	②事業所の 名称 所在地
③分娩前 の別 分娩後	④標準報酬月額 円
⑤分 年 月 日 娩 年 月 日 年 月 日	⑥分 年 月 日 娩 年 月 日 年 月 日
⑦分娩のため 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑧ ⑦の期間の報酬の全部または一部を 受けたときまたは受けられるときは その報酬額および期間	年 月 日から 年 月 日まで 日分
⑨振込先 金融機関名	農協 本店 普通 (フリガナ) 銀行 支店 当座 No. 名義人の氏名
⑩上記のとおり請求します。	年 月 日 住所 被保険者の 氏名 ⑩
大阪府農協健康保険組合理事長 殿	

⑩本請求に基づき給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。
年 月 日 住所 被保険者の 氏名 ⑩
年 月 日 住所 代理人の 氏名 ⑩

⑫ ⑦の期間のうち労務に 服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
⑬ 上記の 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	(イ) 全額支給した場合、又は支給する場合 年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 (月 日支給) 円 額	円
	(ロ) 一部支給した場合、又は支給する場合 年 月 日から 年 月 日まで の分として 金 (月 日支給) 円 額	円
	(ハ) 現在までにもらった将来も支給しない場合は、その旨 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名・印 ⑩	円
⑭上記のとおり相違ないことを証明します。		
事業主が証明するところ		

⑮ 分娩年月日	年 月 日	⑯ 分娩予定年月日	年 月 日
⑰ 正常分娩または異常分娩の別	⑱ 生産または死産の別	⑲ 単胎・多胎妊娠の別	
正常・異常	生産・死産(妊娠ヵ月)	単胎・多胎(児)	
⑳上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
医師又は助産師が証明するところ			
医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名・印 ⑩			
年 月 日 電話 ()			

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

記入するときの注意事項（添付書類を含む）

◎被保険者が記入するところ

- ①、②欄 健康保険被保険者証に記載されていますのでご覧ください。

③欄 分娩前の請求であれば「分娩前」と分娩後の請求であれば「分娩後」と記入して下さい。

④欄 勤務先から交付される「賃金支払内訳票」等を見て記入して下さい。

⑤、⑥欄 分娩年月日及び分娩予定年月日をそれぞれ記入して下さい。（分娩前に請求される場合は分娩予定日のみ記入して下さい。）

⑦欄 分娩の日（分娩の日が分娩予定日より後であるときは分娩予定日）以前42日（多胎分娩の場合は98日）、分娩の日後56日の範囲内で、実際に労務に服さなかった期間を記入して下さい。

なお、分娩の日又は分娩予定日は、産前の期間（42日又は98日）に含みますので、日数は間違いないようによく確かめて記入して下さい。

⑧欄 ⑦欄の期間に対して報酬を受けた期間及び金額を記入して下さい。

⑨欄 被保険者が直接受領するときに、被保険者の希望する振込機関名等を記入して下さい。ただし、被保険者名義のものに限ります。

なお、受領委任するときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。

⑩欄 被保険者の住所及び氏名を記入し、印鑑は、はっきりと押して下さい。

ただし、被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

⑪欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、被保険者及び代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。

◎事業主が証明するところ

⑫欄 ⑦欄の期間のうち実際に労務に服さなかった期間について記入して下さい。

⑬欄 ⑫欄の期間中における報酬の支給状況等について記入して下さい。

「全額支給」→⑫欄の期間のうち一部の期間につき全額支給したときなど。

「一部支給」→基本給の一部を控除したときや、通勤手当等の諸手当を控除したときなど。

「支給しない」→就業規則〇条〇項、給与規程〇条〇項によりと記入して下さい。

なお、家族手当・役付手当・通勤手当・その他月を単位として諸手当が支給されている場合は含めて記入して下さい。ただし、超過勤務手当は除いて下さい。

⑭欄 記載内容について、事業主の証明を行って下さい。

なお、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明を要しません。

ただし、⑦欄の範囲内の期間が、資格喪失前（強制被保険者期間）にかかるときは必要となります場合があります。

◎医師又は助産師が証明するところ

⑮～⑲欄 あなたの出産に立ち会った医師又は助産師に記入してもらってください。

分娩年月日及び分娩予定年月日の記入については、分娩前の請求のときは分娩予定年月日のみを、分娩後の

請求のときは分娩年月日及び分娩予定年月日ともに記入してください。

◎その他共通する注意事項

訂正したところは、各記載者が押印した印と同じ印を訂正印として押印して下さい。

◎支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

◎被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

この請求書には、事業主証明欄並びに医師又は助産師証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書並びに医師又は助産師証明書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされており。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師又は助産師証明書をそれぞれ添付のうえ提出していただくようお願いいたします。