

支給 金額	法定	円	標準 報酬	千円	資格取得日	昭・平・令 年 月 日
	附加	円			資格喪失日	令 年 月 日
支給 期間	自 令 年 月 日	回 数	日 間	出 産 日	手当初給日	令 年 月 日
	至 令 年 月 日				前回最終日	令 年 月 日
						令 年 月 日
摘 要	入 院 日 割 日 間 差 額 支 給 件 一 括				支払通知	令和 年 月 日

常務理事	事 務 長	検 印
担 当 者		

健康保険 出産手当金 請求書 （第 回）

① 被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	記号・番号	-	所 属		資格取得日	昭・平・令 年 月 日
	出産予定日	令和 年 月 日	出 産 日	令和 年 月 日		
	出産前 又は 出産後の別	出 産 前 ・ 出 産 後				
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (但し (日間))	左記期間中に報酬 を受けましたか又は 受けられますか	受 け た ・ 受 け ない 受 け ら れ る ・ 受 け ら れ ない		
	出産した 医療施設	施 設 名				
		所 在 地				
		入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間		
振込口座	※ あらかじめ届出されている口座に振込みいたします。					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 京都中央信用金庫健康保険組合 御中 被保険者 住 所 氏 名						

② 事 業 主 の 記 入 す る 欄	労務に服さ なかった 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (但し 日間 出勤・有給)	左記期間中の報酬について 支給する（した） 支給しない						
	上記の期間 中に報酬を 支給したと き又は支給 するときは その金額 及び期間	支 給 期 間		労働日数	基 本 給	手 当 内 訳			総支給額
		月 分	自 至			家 族	役 付	交通費	
上記のとおり相違ないことを 事業所 所在地 証明します。 名 称 氏 名									

③ 医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産者氏名					
	出産予定日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産	生産 ・ 死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の 所在地 医療施設の 名 称 医師・助産師の氏名 電話 - -					

出産手当金請求書 申請時の留意点

1. 出産手当金は、被保険者（任意継続被保険者を除く）が出産のため仕事を休み、報酬を受けられないとき、出産（予定）日以前42日（多胎妊娠は98日）から出産日後56日までの期間、1日につき直近12ヶ月間の標準報酬月額の前月平均額の30分の1の3分の2が受けられます。
2. ①は被保険者が、②は事業主が、③は医師又は助産師が記入してください。