

記入例

受 付 年 月 日	年	月	日
伺 年 月 日	年	月	日
決 裁 年 月 日	年	月	日
賃 借 取 得			
資 格 喪 失			
前 回	始	年	月 日
	終	年	月 日
支 払 年 月 日		年	月 日
不 支 給 理 由			

A 3サイズで印刷してください

支 給 期 間	年	月	日から	日間
標準報酬月額				
円 (第 級)				

出産手当金請求書 (第 回目)

下記のとおり申請します。

令和4 年 8月 6日

被保険者の 住 所 〒 1 2 3 - 4 5 6 7

大阪市〇〇区△△町×-×-×

フリガナ ダイワ ハナ

氏 名 大和 花子

電話番号 0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9

ダイワボウ健康保険組合理事長殿

被保険者等の 記号・番号	65・1234567	事業所 の名称	×××××株式会社		標準報酬 等級月額	××,×××円 第 ×× 級	
分娩前 の別 分娩後	分娩前・分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日	分娩予定日	令和4 年 6 月 11 日			
			分娩日	令和4 年 6 月 10 日			
分娩のため 休んだ期間	令和4 年 5 月 1 日 から 97 日間 令和4 年 8 月 5 日 まで						
うえの期間の報酬（賃金）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 日 分 年 月 日 まで 円						
振込希望の 金融機関名	フリガナ	銀行 信用金庫 農協	フリガナ	普通 支店 当座			

申請日は「分娩のため休
んだ期間」の最終日以降
の日付としてください。

事業主証明	労務に服さな かった期間		年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給 の場合	年 月 日から の分 金 (事業主が記入するところです。)	
		一部支給 の場合	年 月 月 日から の分 金 (円 (日 額 円) 年 月 月 日まで (月 日 支払) 金 円)	
		支給しない 場合		
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所 事業主 氏 名			

委 任 状	私は ××××株式会社 代表取締役社 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和4 年 8 月 6 日 に請求した出産手当金の受領に関すること。 令和4 年 8 月 6 日 住所 〒〇〇〇-〇〇56 大阪市〇〇区△△町×-×-×
	被保険者の 氏名 大和 花子
	住所 事業主記入欄
	代理人の 氏名
振 込 希 望 の 金 融 機 関 名	事業主記入欄 銀行 信用金庫 支店 (普通 第 号) 農 協 当 座

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	分 娩 年 月 日	年 月 日		分 娩 単 胎 分娩予定 多 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日		
	正常分娩または 異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産または 死産の別	出 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)
	うえのとおり相違ありません。			
	年 月 日 (職名) 住 所 氏 名			

医師または助産師に
記入してもらってください。

手書きの場合は楷書で丁寧に
記入してください。
字が読みづらいと、正しい文字の
確認に時間がかかり、支払が
遅れる場合があります。