

支 払 決 議 書	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	伺年月日	取得年月日	年	月	日		
							喪失年月日	年	月	日		
							期間満了	年	月	日		
法定 給付						円	支給 期間	自	年	月	日	日間
不 支 給 期 間	年月日～	年月日	日間	計	日間	その理由	支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12月間の月額					
	年月日～	年月日	日間				(. ~ .)	×				
	年月日～	年月日	日間				特記事項	日額の 2/3(円)				
	年月日～	年月日	日間				出生児の数		台帳記入			
							単胎・多胎(児)					
							生産または死別の別					
							生産・死産(妊娠週)					

健康保険出産手当金請求書

被保険者が記入するところ

被保険者証 記号番号	—	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	事業所 の名称			
出産予定日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日	
出産のため休んだ期間(請求期間)	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
上記の請求期間中に報酬を受けましたか。また、今後受けられますか。	ア はい		イ いいえ							
上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	の分として	円
入院した期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間
医療機関の名称										
医療機関の所在地										
上記のとおり請求します。	請求年月日	令和	年	月	日					
川口工業健康保険組合理事長 殿	〒	—	電話番号	()						
被保険者(請求者)の住所										
被保険者(請求者)の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)										
委任状	事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の手取方を委任いたします。									
	被保険者(請求者)氏名									

※退職後等の請求で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。

※勤務先・医療機関等・市区町村・全国健康保険協会・他健保などに問い合わせをする場合があります。

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄

決 裁 日 付 印 受 付 日 付 印

事業主の証明 (事業主側で記入するところ)

※請求書を提出の際には、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

労務に服さなかった期間	令和	年	月	日から	日間	出勤した日数	有休休暇の日数
	令和	年	月	日まで		日間	日間
被保険者の報酬形態 (該当するものに○をしてください)						賃 金 計 算	
月給						締日	支払日
日給						日	当月・翌月
日給月給						日	日
時間給						日	日
歩合制						日	日
その他						日	日
労務につけなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況を下表に記入して下さい。							
賃 金 支 給 状 況	固定手当に○を記入	単 価	年 月分給与 月 日～ 月 日迄	円			
	基本給	○	円	円	円	円	円
	手当	○	円	円	円	円	円
	手当	○	円	円	円	円	円
	手当	○	円	円	円	円	円
	手当	○	円	円	円	円	円
	手当	○	円	円	円	円	円
	欠勤控除額		円	円	円	円	円
	合計		円	円	円	円	円
	賃金計算方法 欠勤控除計算 方法等について 記入して下さい						
上記のとおり相違ないことを証明する。							
令和		年	月	日	事業所所在地		
					事業所名		
					事業主名		
					電話番号	()	

医師または助産師が記入するところ (医療機関で記入するところ)

出産者氏名									
出産予定日	年	月	日	出産年月日	年	月	日		
出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)						
正常出産 異常出産 の別	正常・異常	異常出産の 場合の病名							
出産のため入院したときは その期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
上記のとおり相違ありません。									
令和	年	月	日	病院又は産院名 所在地					
				医師又は助産師 氏 名					
				電 話	()				