

出産手当金支給決定決議書

発議	平成	年	月	日	取得	昭・平	年	月	日				
決議	平成	年	月	日	喪失	平成	年	月	日				
支給 金額	円	支給 期間	平成	年	月	日	不支給 期間	平成	年	月	日	月額	千円
			平成	年	月	日		平成	年	月	日	日額	円
計算式	日額 円 × 支給率 2/3 × (産前 日 + 日 + 産後 日 - 日) = 円												
不支給又は減額事項													

記入例

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	生 年 月 日	被保険者		健保 花子 (印)			
	〇〇-〇〇〇〇	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	の 氏 名					
	被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇		☎〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	出 産 の 日	出 産 予 定 年 月 日		出産のため 休んだ期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで の分として 〇〇〇〇円			
	上に書いた期間に報酬を受けられましたか、又は受けられますか	受けた 受けられる 受けない 受けられない	報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	
	上記の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院した期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	上記の休んだ期間のうち自費で入院した期間		平成 年 月 日 平成 年 月 日	〇〇日間		
	病院名	〇〇〇〇病院		病院の所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇			
	被扶養者がいるときは、その方の	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者との続柄			

事 業 主 が 証 明 す る 欄	出産手当金の対象期間のうち1日でも被保険者期間のある方は、下記事業主の証明が必要です。							
	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日	日間					
	上の期間中の分として報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合	月 日支払	日額・月額	円	日間	支払額	円	
		月 日支払	日額・月額	円	日間	支払額	円	
	現在までも、又は将来も支給しない場合はその旨	上記期間中支給していない その他 ()						
うえのとおり相違ないことを証明します。						健 保 受 付 印		
平成 年 月 日								
事業主 所在地 氏 名						印		

裏面にも記載事項あり (医師の意見等)

