

出産手当金支給決定決議書

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

出産手当金請求書

被保険者 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 の氏名						
	—		年月日								
	被保険者 の住所	〒 — — —									
	出産の日			出産予定期年月日			出産のため 休んだ期間	年月日			
	年月日			年月日				年	月	日	
	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 受けない	受けられる 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 酬支払の基礎となつた（なる）期間			年月日から 年月日まで		
	出産で入院した場合	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		年月日		上記の休んだ 期間のうち自費 で入院した期間		年	月	日	
		病院名				病院の 所在地					
		被扶養者がいる ときは、その方の 旨	氏名				生年 月日	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、事業主の証明が必要です。										
	労務に服さなかった期間		年月日 年月日								
	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。 年月日										健保受付印
		事業主 所在地 氏名									

裏面にも記載事項あり（医師の意見等）

医師 または 助産師 が意見を かく欄	出産年月日	年月日	出産予定年月日	年月日	
	正常出産又は 異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)	
	入院して出産した ときは、その期間	年月日 年月日	日間	入院費用 の別	健保・公費 自費・その他
	出生児の数	単胎・多胎(児)			
	上のとおり相違ありません。				
	年月日	住 所 職 名 氏 名	印		
		㊞ (- - -)			

振込希望銀行	銀行	支店	当座 ・ 普通	口座番号	名義	フリガナ
--------	----	----	---------------	------	----	------

記入上の注意

- 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるものでその期間は、出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合においては、出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)目から出産の日後56日目までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。
- 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入して下さい。

出産手当金の対象期間

