

出 産 手 当 金 支 給 請 求 書

決 裁 伺	令 和	
常 務 理 事	事 務 長	係

シーケンス NO:	支 給 期 間	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで	日間	標準報酬月額	被保険者資格
出 産 手 当 金 円				千円	取得日 年 月 日 喪失日 年 月 日

被 保 険 者 の	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	提 出 年月日	令和 年 月 日	
	氏 名					
	住 所	郵便番号: -		電話番号: -		
	所属事業所名					
給付金振込指定口座		銀行	支店	普通預金口座番号 =		
				口座名(カナ) =		
分 娩 の 日		令和 年 月 日 分娩				
分 娩 予 定 日		令和 年 月 日 分娩予定				
分娩のため休んだ期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで 日間		
分娩のため入院したときは	病院又は 産院の 名称・所在地					
	入院した期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで 日間		
	被扶養者の 有 無	有 ・ 無		有のときは、 その者の氏名、 生年月日	氏名: 生年月日: 年 月 日生	

(注) 1. 出産手当金は、女子被保険者が分娩ため勤務を休んだため、賃金の支給を受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分娩の前42日間(多胎妊娠の場合は98日)、分娩の後(分娩日当日を含む)56日間、合わせて98日間(多胎妊娠の場合は154日間)を限度とし支給されます。

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合



分娩に関する証明書・分娩予定日に関する意見書

分娩の日	令和 年 月 日分娩		
分娩予定日	令和 年 月 日分娩予定		
生産・死産の別	生産・死産（妊娠 力月）	単体・多胎	
分娩に関し 健康保険入院の 有無	有・無	入院期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで
上記のとおり事実相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
医師 住所 助産師 氏名			

* 医師、助産師殿へお願い:分娩の前後により不要文字(又は不要欄)は抹消してください。

事業主の証明書

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで	日間	退職日 令和 年 月 日
分娩の前42日(多胎の場合98日)、分娩の後56日の期間について支払った報酬の額	令和 年 月分		円
	令和 年 月分		円
	令和 年 月分		円
	令和 年 月分		円
	令和 年 月分		円
上記のとおり事実相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
事業主 (代理人)	住 所 名 称 氏 名		

＜事業主へお願い＞

1. 分娩前後98日間(例えば、9月4日に分娩した場合は7月25日から10月29日まで)の期間について証明してください(多胎分娩前後は154日間です)。ただし、この期間中に被保険者が退職した場合は退職の翌月以後の期間については証明の必要はありません。
2. 期間中に支払った報酬については、例えば、1. の事例で7月15日に退職した場合は、7月分120,000円のように記入してください。退職した月の時間外勤務手当を後日支給する場合は、その分も含めた額で証明してください。
3. 退職月の報酬が特別の理由により日割り計算で支払われた場合は、〇月分〇月〇日までの分〇〇〇円と記入してください。