



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱 者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日					
支払額	拾万 万 千 百 拾 円					
法定	項目	拾万 万 千 百 拾 円	資 得	年 月 日	前 始	年 月 日
付加			格 喪	年 月 日	回 終	年 月 日
法定	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	法第 55 条	該当・不該当	入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで
付加	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	標準報酬日額		円	日間	
分べんの日	平成 年 月 日					

(被保険者への注意)

3. 2. 1. ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑧の(A)は、「賃金支払内訳票など」をみればわかります。⑨の(A)および⑩の(B)は、それぞれ「分べん」の別、⑪の(A)、⑫の(A)および⑫の(B)は、それぞれ「分べん」の別、⑬の(A)は、現在までも「受けない」が将来も「受ける」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。⑭の(A)は、現在までも「受けない」が将来も「受ける」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。

5. 4. 休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べんの日(分べんの日)が分べん予定日より遅れた場合において、分べんの日(分べんの日)以前42日(多胎妊娠の場合に於いては98日)以内、分べんの日後56日(多胎妊娠の場合に於いては98日)以内の期間を限度として支給されます。給付金の受領方を他人に委任するときは、おおよび給付金を受取るたときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印してください。※印の欄は、記入しないで下さい。

健康保険 ① (第 回) **出産手当金請求書**

② 被保険者の記号と番号	000 000000	③ (フリガナ) 被保険者の氏名と印	ミツビシ アイコ 三菱 愛子	④	㊦
⑤ 被保険者の現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 方				
⑥ 被保険者の勤務する事業所名	〇〇〇〇株式会社 〇〇工場				
⑦ 被保険者の資格を取得した日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑧ 被保険者の標準報酬月額	円		
⑨ (A) この請求は分べん前のものですか、分べん後のものですか		分べん前 ・ <u>分べん後</u>			
⑨ (B) 分べん前のときは、分べん予定日、分べん後のときは、分べんの日		平成 年 月 日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	分べん	分べん予定
⑩ 分べんのため休んだ期間	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	〇〇日間		
⑪ (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか		受けた・受けない・受けられる・ <u>受けられない</u>			
⑪ (B) 報酬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額支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	の分として 円	
⑫ (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか		<u>入院分べん</u> ・入院外分べん			
⑬ (B) 入院して分べんしたとき	① 病院又は産院名	〇〇〇〇病院	② 病院又は産院の所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1	
	③ 入院した期間	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 〇〇日間			
	④ 自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか	<u>自費</u> ・健保・その他	⑤ 被扶養者がおりますか	<u>いる</u> ・いない	
⑥ 被保険者とは、その	氏 名 生 年 月 日	被保険者との続柄			

平成 年 月 日提出 ※

事業所印
領収書

金 円也領収いたしました。

平成 年 月 日

三菱製紙健康保険組合理事長殿

氏 名

受付日付印

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係	㊦ 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
		㊧ 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
	㊨ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 ⑮ 住 所 事業主 ⑯ 氏 名 ⑰ ⑱ 電話 () 番			

(事業主への注意事項)

- ⑭の㊦と㊧にわたるときは、両欄にわけて記載してください。
- ⑭の㊨欄は、現在までも、将来も支給しないとときは、「支給しない」と記載してください。
- 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要があります。

医師又は助産師が意見をかくところ	⑬ 分べん年月日又は分べん予定年月日	平成 年 月 日 分べん 平成 年 月 日 分べん予定	
	⑭ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	⑳ 分べん後のときは、生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)
			㉑ 単胎または多胎の別 単胎 多胎
	⑲ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	㉒ 入院費用の別 健保・自費 ----- 公費・その他
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 ㉓ 職名 () ㉔ 住所 ㉕ 氏名 ㉖ 氏名 ㉗ ⑱ 電話 () 番			

(医師又は助産師への注意事項)

- ⑬の「分べん、分べん予定」、⑭、⑲、⑳、㉑および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- ⑲欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記してください。
- 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、㉒、㉓以外の証明については記載を省略しても結構です。

支払金融機関の欄	支払区分	振 込	預金種別	普通	銀行 〇〇 本店 金庫 〇〇 支店 農協
	金融機関コード	※			口座名義(仮) ミツビシ アイコ
	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0			

委任状	私は 金 円を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産手当金、円也の受領を委任します。	平成 年 月 日
	住 所 本人 氏 名	⑱
	住 所 代理人 氏 名	⑱

- (共通する注意)
- 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
 - ⑩、⑪の(B)、⑫の(B)の(ウ)、⑬および㉒の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。