

(医師又は助産師記入用)

医師又は助産師が意見を書くところ	分べん年月日	年 月 日	分べん予定年月日	年 月 日
	正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産（妊娠 か月）
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）		
	入院期間	年 月 日 から 年 月 日まで	入院期間のうち 健保入院期間	年 月 日から 年 月 日まで
	<p>上記のとおり相違ありません 医療機関(助産院)所在地</p> <p><b>R1年 5月 18日</b></p> <p>※証明日の記入漏れに注意してください</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師（助産師）の氏名</p> <p>電話（ ）</p>			

1/2

【被保険者の方へ】事業主（総務担当者等）に記入してもらう用紙です。

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回)

事業主記入用

○賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください

被保険者氏名		富士 花子																			
事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、週休は週で、欠勤は / でそれぞれ表示してください）																出勤	有給			
	R1 4 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	5 日	8 日	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
	R1 5 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	0 日	0 日	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
	R1 6 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	0 日	0 日	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
	R1 7 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	0 日	0 日	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
	⑱ 支給期間		単価		3 月 16 日～				4 月 16 日～				5 月 16 日～				6 月 16 日～				給与の種類
給与支払月を記入してください				4 月 15 日				5 月 15 日				6 月 15 日				7 月 15 日				○内をチェックしてください	
支給した内訳（給料の締切単位に記入）		基本給		1 日 8,800円		114,400												月 給			
		家族手当																日 給			
		地域手当																日 給			
		通勤手当		1 日 360円		1,800												日 給			
		手当																月 給			
																		時 間 給			
																		歩 合 給			
																		そ の 他			
		計				116,200															
		賃金計算				締日				15 日				支払日				27 日			
上記のとおり相違ないことを証明します										記載者氏名				記入必須							
										最終確認者氏名				記入必須							
R1 年 7 月 25 日 事業所所在地										事業所印											
事業所名称																					
事業主氏名																					
										電話											