

※ 支 給 支 払 決 議 書	伺年月日	令和年月日						常務理事	事務長	担当者				
	決済年月日	令和年月日						出産手当金記入例						
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十				円			
	取得年月日	平・令年月日									出産手当金算定額	円(日額) 円		
	喪失年月日	令和年月日									出産種別	単胎・多胎	支給種別	産前・産後
	支給期間	令和年月日から令和年月日まで									日間			
	備考										受付日付印			

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

### 健康保険 出産手当金請求書<sup>1</sup> (第 1 回目)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	2 被保険者の記号・番号	321 - 87654		3 被保険者氏名	健保 桜		
	4 被保険者の現住所	〒105-0000 東京都港区●●●1-2-3		TEL 080-1111-0000			
	5 資格を取得した年月日	平・令 2年 4月 1日		6 出産前請求又は出産後請求の別	□出産前の請求 ■出産後の請求		
	7 上記6で「出産前のてください。「出産年月日を記入してください。			令和 3年 4月 2日			
	8 出産のため休んだ期間			令和 3年 4月 7日			
	9 上記8の療養のため休んだ期間の報酬を受けましたか。又は今後受けられますか。			103 日間			
	10 上記9で「受けた」又は「今後受ける」と答えた場合、その報酬支払の基礎となる期間と報酬の額を記入してください。						
	11 振込先指定口座 ※被保険者本人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号	●▲■銀行 7654321	支店名 (カタカナ) 口座名義人	▲■★支店 ケンポ サクラ		

【留意事項：申請者（被保険者）殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、申請者（被保険者）の署名が必要となります。

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	12 出産した者の氏名	健保 桜			
	13 出産予定年月日	令和 3年 4月 2日		14 出産年月日	令和 3年 4月 7日
	15 出生児の数				○・死産（妊娠週）
	17 上記のとおり相違有				
	令和 3年 5月 医				
	医療施設名称 医師・助産師氏名 TEL 03-1111-0000	●▲■★大学病院 ○△ □☆			

【留意事項：医療施設担当医師・助産師殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、担当医師の署名が必要となります（確認させていただく場合があります）。

※内容により当組合（保険者）から照会させていただく場合がありますので予めご了承ください。

事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	18 被保険者の記号・番号	321 - 87654		19 被保険者氏名	健保 桜		
	20 労務に服さなかった期間		令和 3年 4月 1日 から 令和 3年 4月 30日 まで 30日間				
	上記 20 の 期間中の分 として支払 う報酬関係	A 全部支給 した場合 又は支給 する場合	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	◆支給した(する)金額 円(日額) 円	◆出勤 日分 ◆有給 日分 ◆( ) 手当 日分		
		B	事業主に証明を頂いてください			日まで 日間 (月)	
		C 今現在も 将来にも 支給しな い場合等	現在までにも又将来も支給せず				
		22 上記のとおり相違ないことを証明します。					
		令和 3年 5月 15日 事業所所在地 東京都港区■■■2-3-4 事業所名称 株式会社○△□☆ 事業主氏名 代表取締役 ●▲ ■★ TEL 03-0000-0000					

【留意事項：事業所担当者殿】

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、事業主の署名が必要となります。  
※21欄の「A全部支給」又は「B一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部又は一部の意味であること。  
※労務に服さなかった期間の「賃金台帳(給与明細)」と「出勤簿(勤怠)」の写を添付してください。

受 取 代 理 人 の 欄	23 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	24 被保険者との関係
	令和 年 月 日 被保険者 代理人 代 理 氏 名	給付金に関する受領(対象者が死亡の場合等) を代理人に委任する場合に記入してください
25 振込先指定口座 ※代理人名義	金融機関名 (普通預金) 口座番号	支店名 (カタカナ) 口座名義人