支 給 決 定 伺

資格	取得 年　月　日	支給期間 自　年　月　日 至　年　月　日 日間		常務理事	事務長	担当	台帳
	喪失 年　月　日	月額 千円	日額 円	法定給付日額 円	付加給付日額 円	合計日額 円	
		支給金額（①＋②） ￥		① 手当金 ￥	② 付加金 ￥		
□ 104条該当 日間差額支給 件一括 □ 単胎 □ 多胎（　　児）		①手当金		②付加金			

出産 手当金 手当付加金 請求書

令和　　年　　月　　日

請求者記入欄	被保険者証記号・番号	被保険者氏名　＊自署の場合は押印不要 印	事業所	所属
	連絡先（連絡のとれる連絡先を記入してください） 電話番号：　　メールアドレス：			
	現住所 〒			
	分娩予定日　令和　年　月　日	分娩日　令和　年　月　日		
	分娩のため休んだ期間 令和　年　月　日～令和　年　月　日　日間		左記期間中に報酬を受けましたか （または今後受けられますか） ○ はい　○ いいえ	
	病院または産院に入院して分娩したとき	病院または産院名		
		所在地 〒		
		入院期間 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日		
	（退社者記入欄） 振込希望銀行	銀 行 信用金庫　支店	口座の名義（カタカナ）	口座番号（普通）
医師・助産師記入欄	分娩予定日	令和　年　月　日　分娩予定	生産または死産に区別	生産（　単胎　・　多胎：　児　）
	分 娩 日	令和　年　月　日　分娩		死産（　妊娠　ヶ月，単胎　・　多胎：　児　）
	入院して分娩したときはその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 日間	入院費用の別	自費　年　月　日～　年　月　日　日間 健保（本・家）　年　月　日～　年　月　日　日間 その他　年　月　日～　年　月　日　日間
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 住 所 医師または助産師の　病院名 氏 名　印			

※ 事業主証明は別紙に記載すること

※　記入上の注意

1．出産手当金は分娩のため勤務を休んだことにより報酬が受けられなかった場合に支給します。
2．分べん予定日前42日間（多胎の場合は98日、分娩予定日より遅れた場合はその日数を加算）、分娩後56日間を限度として、1日につき標準報酬日額の2/3（出産手当金）と、（分べん日は産前に含む）休業1日につき標準報酬日額の85%に相当する額から出産手当金を控除した額（付加金）を支給します。
なお、上記の支給期間中に会社より給与等の支払いがあった場合は上記の支給が行われたとみなし、その金額の範囲内で支給金額を減額し、または支給停止します。
また、支給期間中に資格喪失された場合は、上記のうち付加金については資格喪失日の前日をもって支給停止します。
3．印をはっきりと押し、印もれのないように記入してください。（本人印は自署の場合押印不要。事業主／医師・助産師印は押印要。）また、記載内容の訂正の場合は二重線にて抹消のうえ改めて記入し、各記入者(本人／事業主／医師・助産師)印をもって訂正印を押印してください。
4．病院または産院に入院された場合は、入院された病院または産院名、所在地、入院期間を記載してください。入院された場合は、その入院費用が自費か被保険者健保扱いか被扶養者健保扱いかについて期間での証明を受けてください。
5．退職予定および退職後の請求の場合のみ、「振込希望銀行」を記入ください。
6．分娩のため休んだ期間中の給与扱い区分の欄はその該当される事項について〇印でかこんでください。
7．事業主または代理人その他に手当金の受領方を委任したときはその者の住所氏名印を記載してください。
8．支給金額は、『医療費のお知らせ』と『給付金支給決定通知書』に掲載します。