

健康保険 出産手当金請求書

事業主の証明	氏名										
	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	日
		《うち有給休暇 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで》									
	上記期間分として支払う報酬	①全額支給した場合	令和	年	月	日から	金	／	支払		
			令和	年	月	日まで					
②一部支給の場合		令和	年	月	日から	金	／	支払			
		令和	年	月	日まで						
	③支給がない場合はその旨とその理由										
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											
事業主											
氏名											

医師又は助産師の意見	分娩予定日	令和	年	月	日					
	分娩日	令和	年	月	日					
	出生児	単胎	・	多胎	(児)				
	産別	生産	・	死産	(妊娠 週)				
	入院した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日									
医療機関 所在地										
名称										
医師又は助産師(自署)										