

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	平成・令和	年	月	日	から	平成・令和	年	月	日	
		《うち有給休暇		平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	
	上記期間分として支払う報酬	①全額支給した場合	平成・令和	年	月	日から	金	／ 支払			
			平成・令和	年	月	日まで					
②一部支給の場合		平成・令和	年	月	日から	金	／ 支払				
	平成・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 印											

医師又は助産師の意見	分娩予定日	平成・令和	年	月	日					
	分娩日	平成・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	平成・令和	年	月	日から	平成・令和	年	月	日まで	
	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 印										