

健康 保 険 入 欄	支給決定何				支給 決定額	資格取得	昭・平・令	年	月	日
	常務理事	事務長	係長	係員			資格喪失	令和	年	月
	支給決定	令和	年	月	日	支給期間	自	年	月	日
	支給年月	令和	年	月	日		算出基礎	内訳、別添参照	備考	

健康保険 出産手当金 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者 記号・番号	② 被保険者 氏名	③ 被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日				
	④ 勤務先				⑤ 出産前又は 出産後の別	出産前・出産後					
	⑥ 出産予定日 及び出産日	出産予定日	令和	年	月	日	⑦ 出産日	令和	年	月	日
	⑦ 出産のため 休んだ期間 (請求期間)	令和	年	月	日から	日間	⑧ 左記の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			
	⑧で「はい」と答えた場合、その報酬額と、 ⑨その報酬支払の対象となった (なる)期間をご記入ください。	令和	年	月	日から	日間	報酬額	円			
	⑨	令和	年	月	日まで						
	⑩ 振込先 指定口座	金融機関名称		預金種目・口座番号		口座名義					
		農協		本店 普通 支店 貯蓄		フリガナ					
	上記のとおり申請します。								〒	TEL	
	令和 年 月 日								住所		
京都府農協健康保険組合理事長 殿								被保険者 氏名	㊟		

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑪ 労務に服さな かった期間	令和	年	月	日から	日間	⑫ 左記の期間に対して、賃金を 支給しました(します)か?	はい・いいえ	
	⑬ 賃金を支給 した期間	令和	年	月	日から	日間	⑭ 賃金を支給した金額	円	
	⑮ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月 <input type="checkbox"/> その他		⑯ 賃金計算	締日	日	支払日	当月・翌日	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地								
令和 年 月 日									
事業所名称									
事業主氏名									
㊟									

医 師 等 記 入 欄	⑰ 出産予定日 及び出産日	出産予定日	令和	年	月	日	左記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	⑱ 出生児の数	単児・多児(児)					医療機関所在地			
	⑲ 生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 週)					医療機関名称			
						医師・助産師氏名				㊟

委 任 の 欄	この欄は請求金 の受領を人に頼 むときだけ記入 してください。	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。						受 付 印	
	被保険者 住所	氏名						㊟	
	代理人 住所	氏名						㊟	

**添付
書類**

- ◎ 出産のため休んだ期間の「出勤簿(写)」および「賃金台帳(写)」を添付してください。
- ※ 「出勤簿(写)」には、「出勤」「有給休暇」「欠勤」等、勤怠の表示が必要です。
- ※ 欠勤控除の計算方法(計算内訳)については、添付する「賃金台帳(写)」に必ず記入してください。