

支給決定	決定伺い	令和	年	月	日	支給額									常務理事 事務長 課 長
	資格	取得		年	月	日	支給期間	年	月	日から	日間	支 給 日 額	円	理由	担当者
		喪失		年	月	日		年	月	日まで					
	前回	始		年	月	日	一部 不支給	年	月	日から	日間	円	円	理由	担当者
		終		年	月	日		年	月	日まで					
	分べん日			年	月	日	1日計								
該当条文	104条・106条・108条					1日計									
108条該当支給期間	月	日から	日間	1日計	円	一部	年	月	日から	日間	理由	円	円		

## 健康保険 出産手当金請求書(第 回目)

被保険者の記入欄	振込先	①静岡 ②スルガ ③みずほ ④その他	銀行	支店	普通 当座	(あなた自身の)	カタカナ 口座氏名 口座番号	
	① 被保険者の氏名と印		住所	連絡先	〒 ( )	TEL ( )		
	③ 被保険者証の	記号	番号	④ 事業所の名称				
	分べんのための休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	分べん予定年月日	令和 年 月 日			
	上記期間中に、分べん以外で入院したことの有無	※ 有 ・ 無		有りの場合はその医療機関の名称・所在地(名称) (所在地)	傷病名	入院期間	月 日 ~ 月 日	
	本人の給与の種類	※月給 月給 日給 日給 日給 月給 その他	本人の業種	給与と締日	日	給与支払日	翌・当月	日
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	日間	左の期間を対象に報酬支払した(する)ことの有無	※ 有 ・ 無				
上記の期間分として支給した(する)報酬の内訳	※基本給、有給 出勤	月 日 ~ 月 日 日間	円	事業主の住所(所在地) 氏名(名称)と印				
手当	月 日 ~ 月 日	日間	円	TEL ( )				
分べん年月日	令和 年 月 日	分べん予定年月日	令和 年 月 日					
正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)					
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )							
入院して分べんしたそのときはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院費用の別	健保本人 同 家 族 国 保 ・ 自 費				
上記のとおり証明します	住 所 病院等の名称 職 名 ( )	令和 年 月 日	氏 名 電 話 ( )					

備考	静岡県自動車販売健康保険組合
----	----------------

受 付 印

## ※ 請求及び記入上の注意

### 1 被保険者の記入欄について

- ① 出産手当金は、女子被保険者が分べんの日（分べん日が分べんの予定日後であるときは、分べんの予定日）以前42日から分べん日後56日のうちで労務に服さなかった場合に給付されます。（分べんの当日は分べんに含む）したがって、「分べんのために休んだ期間」、「労務に服さなかった期間」は、その範囲内で、実際に休業した期間を記入して下さい。
- ② ※印の欄は、該当する方の文字を○で囲んで下さい。
- ③ 事業主の証明欄は「労務に服さなかった期間」のすべてが資格喪失後であれば必要としません。
- ④ 訂正したところは必ず訂正印を押して下さい。

### 2 事業主の証明欄について

- ① ※印の欄は該当する方の文字を○で囲んでください。
- ② 訂正したところは必ず訂正印を押して下さい。
- ③ 「労務に服さなかった期間を対象とする報酬」には、基本給のほか、休業の有無にかかわらず、毎月一定額が支給される（賃金台帳上に記載される）手当の額も含まれます。
- ④ 被保険者の資格喪失前の期間についての請求の場合は、「出勤簿・賃金台帳」を添えてください。