支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費 付加給付費	目	出産手当金 出産手当付加金

常務理事	事務局長	課長	主任	係

支給決定並支出伺					
支給（出）金額合計	円	出産年月日	平成　年　月　日	資格	取得　昭和・平成　年　月　日
法定給付額	円				喪失　平成　年　月　日
付加給付額	円	支給決定日	平成　年　月　日		期間　（1年以上）／（1年未満）
支給期間	自H　年　月　日 至H　年　月　日　日間	支払日	平成　年　月　日	標準報酬月額	千円
備考欄					日

※組合使用欄※

健康保険 出産手当金・付加金請求書

被保険者証の	記号	2312	番号	2000	被保険者（請求者の）氏名と印	健保みどり 健保印
被保険者の勤務する（していた）事業所名	○○病院					
被保険者（請求者）の住所及び電話番号	〒231 0000 横浜市中区尾上町○○－○○			電話（0 45） 000 － 0000		

出産年月日	平成 23 年 4 月 11 日	出産予定日	平成 23 年 4 月 17 日	出生児の数	（単胎）・多胎（　児）
※出産のため休んだ期間（実際に休んだ期間を記入の事）	平成 23 年 3 月 1 日から 平成 23 年 6 月 6 日まで				98 日間
上記の期間に報酬を受けましたか・又は受けられますか？	受けた ・ 一部受けた ・ （受けない） ・ 受けられる ・ 受けられない				
報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支出の基礎となった（なる）期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで			の分として	円

上記のとおりの内容に相違ありません。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

神奈川県医療従事者健康保険組合理事長　殿

被保険者又は請求者が記入する欄

※字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消し、訂正印を押印し正しい字句を記入してください。

受取代理人の欄

当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任しない場合は、この欄には記入しないでください。

平成　年　月　日

被保険者（請求者）の氏名と印　印 ⇨ 代理人の住所 〒　－　／ 氏名と印　印

連絡先電話（0　）　－

※被保険者（請求者）の印と受取代理人の印は必ず違う印（影のもの）をご使用ください。

受付日付印

振込先金融機関

金融機関コード	1234	本支店番号	567	預金種別	☑普通 ☐当座	口座番号	2345678
健康	☑銀行 ☐金庫 ☐組合	関内	☐本店 ☑支店	（フリガナ）預金口座名義	ケンポ ミドリ 健保みどり		

※振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。
※振込先金融機関については、記入後記載誤りがないか再度確認をお願いします。

※事業主が記入するところ

＊被保険者が労務に服さなかった期間＊ 平成 23 年 3 月 1 日から 23 年 6 月 6 日まで 98 日間

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	出勤	有給	欠勤
23年3月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日	31 日
23年4月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日	30 日
23年5月	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	日	日	31 日
23年6月	/	/	/	/	/	/	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	6 日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日	日

出欠状況記入の際、出勤は○、有給は△、欠勤は／で表示してください。

上の期間中の分として報酬を全部又は一部を支給した場合又は支給する場合。												
基本給	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円
手当	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円
手当	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円
手当	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円
手当	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円
手当	自 年	月	日	至 年	月	日	日間	円	月	日支払	日額	円

※現在までも又は将来も支給しない場合はその旨。　現在までも又は将来も支給しない

賃金形態及び賃金締切日　〔形態）月給・日給月給・日給・時間給・その他〔毎月 末 日締切り〕（当月）・翌月 25 日支払〕

うえのとおり相違ないことを証明します。

事業所　所在地 横浜市西区○○
名称 ○○病院
事業主　氏名 医療一郎　事業主印

平成 23 年 6 月 30 日

電話（0 45） 111 － 1111

※出勤簿（タイムカード）、賃金台帳の㊐を添付してください。（出産前後）

医師又は助産師が意見をかくところ

出産年月日	平成 23 年 4 月 11 日		出産予定年月日	平成 23 年 4 月 17 日	
正常出産又は異常出産の別	（正常）・異常	生産又は死産の別	（生産）・死産（妊娠　週）	出生児の数	（単胎）・多胎（　児）

うえのとおり相違ありません。

平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

医療施設の所在地　横浜市中区尾上町○○

医療施設の名称　○○病院

医師・助産師の氏名　横浜太郎　横浜印　電話（0 45） 222 － 2222