

受付年月日	年 月 日
-------	-------

常務理事	事務長	担当者
資格取得年月日	年 月 日	
資格喪失年月日	年 月 日	
標準報酬月額	, 0 0 0 円	
前回	始	年 月 日
	終	年 月 日
不支給理由		

※支給・支払決議書	伺年月日	年 月 日
	決裁年月日	年 月 日
	支払年月日	年 月 日
	支給額	円
	支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	支給内訳	日額 円 × 2/3 () × 日 日額 円 × 2/3 () × 日

出産手当金請求書 (第 回日)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	ジャックス健康保険組合理事長 殿					
	〒 下記の通り請求します。 住所 被保険者の 氏名 年 月 日					
	1. 被保険者証の		記号	番号	2. (事業所の名称) 現在勤務する部店名	
	3. 分娩前 の別 分娩後		前 分娩 後	分娩前に請求するときは分娩予定日 分娩後に請求するときは 分娩予定日と分娩した日	分娩予定日 分娩日	年 月 日 年 月 日
	4. 分娩のため 休んだ期間		年 月 日 日間 年 月 日			
	5. 上記の期間の報酬(賃金)の全部 又は一部を受けたとき、又は受けら れるときはその報酬額および期間			年 月 日から 日分 円 年 月 日まで		
	6. 振込先銀行 (被保険者名義)		普通 銀行 支店 口座番号 口座名義 当座 ※(注) 被保険者名義以外の口座指定の際は「給付金受領委任状」をご提出下さい。			
	備考		(個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます)			

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見	7. 分娩年月日	年 月 日	9. 出生児の数	単胎
	8. 分娩予定年月日	年 月 日		多胎 (児)
	10. 正常分娩又は 異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	11. 生産死産の別	生産 死産 (妊娠 ヶ月)
	上記の通り相違ありません。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			

事業主が証明するところ	13. 労務に服さなかった期間		年 月 日から	日間	
			年 月 日まで		
	14. 上記の期間中と支払う報酬関係	イ. 全額支給した期間	年 月 日から	(月 日支払) 日額	の分として 金 円 (金 円)
		ロ. 一部支給した期間	年 月 日から	(月 日支払) 日額	
ハ. 全く支給しない期間		年 月 日から		の分は一切支給しない。	
15. 上記のとおり相違ないことを証明します。					
年 月 日 住所 事業主 氏名 印					

*** 被保険者へ**

出産手当金は、女子被保険者がお産のための休暇をとり、産前42日（多胎妊娠の時は98日・出産予定日より遅れた場合はその期間も加算できます）と産後56日間のうち、給料がもらえない期間について請求することができます。

妊娠4ヶ月以上（妊娠85日目から）のお産が、生産、死産にかかわらず対象になります。

————— ご記入に際しての注意 —————

*** 共通事項**

文字を訂正する場合は、誤った文字を二本線で抹消して、訂正箇所にその欄の記入者の印と同じ印を訂正印として押印して下さい。

それぞれの期間の日数は、両端入れて計算します。例えば6月13日から6月23日までは11日間となります。

*** 医師または助産師へ**

7.8. 欄について、分娩前にあつては8. の予定日のみを、分娩後は7.8. の両欄を記入して下さい。

9.10.11. 欄は該当事項を○で囲み、11. 欄で死産のときは妊娠何ヶ月であったかを必ず記入して下さい。

*** 事業主へ**

13.～15. 欄は、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求のときは、事業主の記入・証明を必要としません。

14. 欄は、イ.ロ.ハ.のうち該当する記号に○印をつけたうえ、右欄を記入して下さい。

「全額支給」または「一部支給」とは、1日当たりの賃金の全額、または一部の意味であること。

イ.とロ.とハ.の複数欄にわたるときは、それぞれの欄にその状況を記入して下さい。

ハ.の欄の場合は、現在まで支給せず、また将来においても支給しないことを意味します。