受付年月日	令和　　年				
伺 年 月 日	令和　　年				
決裁年月日	令和　　年				
支 給 額	円				
支給期間	間	資格取得年月日	日		
		資格喪失年月日	令和　年　月　日		
		支払年月日	令和　年　月　日		
標準報酬月額	千円	標準報酬日額	円	出産手当金日額	円

書式はＡ４判で印刷後、各自コピー機でＡ３に拡大して、ご利用ください。

添付書類(事業主用)
- 出勤簿のコピー
- 賃金台帳のコピー

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

出産手当金請求書

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号	1-11111	② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 被保険者の氏名	健康次子	④ 被保険者の生年月日	☑昭和 □平成　53年　4月　5日
⑤ 出産前 出産後 の別	□ 出産前　☑ 出産後	⑥ 出生児の数	☑単胎　□多胎（　　児）
⑦ 出産前に請求するときは出産予定日を記入 出産後に請求するときは出産予定日と出産日を記入	出産予定日	令和〇〇年6月30日	
	出産日	令和〇〇年6月30日	
⑧ 出産のため休んだ期間（申請期間）	令和〇〇年5月20日 から 令和〇〇年8月25日 まで	98日間	
⑨ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	☑はい □いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間 令和〇〇年5月1日 から 令和〇〇年5月31日 まで	報酬額 175,435円
⑩ 振込希望機関	大阪 銀行・金庫・組合	大阪 店	口座番号 ☑ 普通　□ 当座 1234567
			口座名義（カタカナ） ケンコウツギコ

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

ータル等で事前登録した公金受取口座を利用します
場合は☑、利用しない場合は⑩振込希望機関の欄を記入）

⑫　上記のとおり請求します。　〒 111-1112

令和〇〇年〇〇月〇〇日　住所 大阪市大阪区大阪町4丁目5番6号

エクセディ健康保険組合　理事長　殿　　被保険者の

氏名 健康　次子

事業主記入欄です。

事業主が証明するところ

上記期間中支払う報酬関係　令和〇〇年5月20日から令和〇〇年8月25日まで98日間

支給した賃金内訳

支給期間	単価	5／1～5／31	6／1～7／31	8／1～8／31
基本給・基準給	200,000	130,435		
役職・技能・資格手当	20,000	20,000		
家族(扶養)手当	10,000	10,000		
通勤手当	5,000	5,000		
残業手当				
食事・石油手当	10,000	10,000		
休業手当				
手当				
合計	245,000	175,435	0	0

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。

基本給：欠勤控除あり　200,000円÷23日×8日＝69,565円
役職・家族・通勤・石油欠勤控除なし

給与の種類　□月給 □日給 ☑日給月給 □時間給 □歩合給 □その他（　　）

賃金計算　締日　末　日　支払日　□ 当月　☑ 翌月　15　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇〇年9月15日

事業所所在地　大阪市大阪区大阪町1丁目23番45号

電話(01)4567－8901

事業所名称　株式会社〇△□

事業主氏名　社長名

左の期間中に出勤した日は〇を、有給休暇をとった日は△を、公休は公を、欠勤は／で表示して下さい。

5月	1	2	3	4	5	公	公
	8	9	10	11	12	公	公
	15	16	17	18	19	公	公
	22	23	24	25	26	公	公
	29	30	31				
出勤	5 日		有給	10 日			

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				
出勤	日		有給	日			

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				
出勤	日		有給	日			

医療機関記入欄です。

医師又は助産師の記入するところ

	令和〇〇年6月30日	出生児の数	☑単胎　□多胎（　　児）
出産年月日	令和〇〇年6月30日		
正常または異常分娩の別	☑ 正常　□ 異常	生産・死産の別	☑生産　□死産（妊娠　　週）

上記のとおり相違ありません。

令和〇〇年9月1日

医療施設の所在地　大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号

電話（0123）45－6789

医療施設の名称　大阪病院

医師・助産師の氏名　院長名