

被保険者記入

被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)	被 保 険 者 生 年 月 日	昭和	年	月	日
		平成			

* 出産手当金請求書(K-032)に添付して提出してください

日立健康保険組合 御中

健康保険 出産手当金 (医師又は助産師の意見欄・事業主証明欄)

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	出 産 予 定 日	令和	年	月	日
	出 産 日	令和	年	月	日
	出 生 児 の 数	単 児	多 胎 (児)
	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産	死 産 (妊 娠		ヶ月)
	上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 所在地 医師又は 名称 助産師氏名 氏 名 印				

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間 (A)	令和 年 月 日 から	日間	賃金計算方法	給与締日	
		令和 年 月 日 まで		<input type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 日給者 <input type="checkbox"/> ()	日締	
	年休・欠勤した期間	年 休	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
		欠 勤	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		
	(A)の期間に報酬は ありましたか	<input type="checkbox"/> はい → (B) に報酬の内訳を記入してください <input type="checkbox"/> いいえ			通勤費の支給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	(A)の期間中の報酬 (B)	自: 年 月 日	至: 年 月 日	日間	支給額	支払日 日 額
	※報酬記入欄が足りない場合は、別紙で作成したものを添付願います。					
(B) の期間以外は、現在もまた将来も支給しない。					受 付 日 付 印	
上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日				事業所コード		
事業主 所在地 名 称 氏 名				事業所担当者		
				年 月 日 氏名		