月額	種別		出手日額	控除日数	支給期間	日数	支給額	控除額	差引支給額	支給額合計
円	法定		円	日	・ ・ ・ ・	日	円	円	円	円
日額			円	日	・ ・ ・ ・	日	円	円	円	
円			円	日	・ ・ ・ ・	日	円	円	円	

出産手当金請求書（第　　回）

記号	番号	被保険者氏名	事業所名

分娩年月日	令和　年　月　日	労務に服しなかった期間	左記期間の部分の給与	有の場合 令和　年　月　日から
分娩予定年月日	令和　年　月　日	自 令和　年　月　日		令和　年　月　日までの分として
出生児数	単胎・多胎（　児）	日間 至 令和　年　月　日	有・無	円

資格喪失後の分娩の場合の振込先	銀行名	支店名	口座番号	口座名義人
	フリガナ	フリガナ		フリガナ

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄

上記により申請いたします。

受付印

令和　　年　　月　　日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長　殿

被保険者	
	〒　　TEL　　（　　）
	住所
	氏名
	（必須）□に確認のチェックを付けてください。
□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

2025.7改定

事業主の証明	労務に服しなかった期間	左記期間の給与	有・無	有の場合	給与形態について ※該当の□にチェック	事業主名
	自 令和　年　月　日 日間 至 令和　年　月　日			令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで の分として 円	□ 時給 □ 日給 □ 日給月給 □ 月給 □ 完全月給	

分娩に関する医師または助産師の証明					
上記期間のうち入院した期間	自 令和　年　月　日 日間 至 令和　年　月　日	出生児数	生産又は死産の区別	左記のとおり相違ないことを証明する。	
○をつけてください	自費　保険	単胎	生産	医師・助産師	医療機関の名称・所在地
分娩年月日	令和　年　月　日	・	・		
分娩予定年月日	令和　年　月　日	多胎（　児）	死産（妊娠　ヵ月　週）		氏名
（分娩予定年月日についても必ず記入してください）					