

健康保険 出産手当金請求書

※この請求書は必ず2枚1組で提出してください。(第 回目)

被
保
険
者
の
注
意
事
項

出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所が休業した期間、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、出産の日から出産後56日間（多胎出産のときは、九十八日）まで、出産の日後が五十六日間を限度として支給されます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号		被保険者名		印
			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	被保険者 住所	郵便番号			
		電話 ()			
	事業所の名称	勤務先電話 ()			
	被保険者の資格 を取得した日	年 月 日	標準報酬 月額		千円
	この請求は出産前のものですか、出産後のものですか		<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後		
	出産前のときは、出産予定日 出産後のときは、出産の日	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 出産予定 <input type="checkbox"/> 出 産	
	出産のため休んだ期間（支給期間）	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日間			
	うへの期間分の報酬（賃金）を受け ましたか、又は受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない			
	報酬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額 支払の基礎となった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		の分として 円	
	入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか	<input type="checkbox"/> 入院出産 <input type="checkbox"/> 入院外出産			

※訂正する場合は必ず訂正印（同一印）を押して下さい。

受 取 金 融 機 関 の 欄	銀行コード	
	銀行名	
	店番号	
	支店名	
	種類	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義	

委 任 状	上記請求金額の受領を	<input type="checkbox"/> に委任します。
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	<input type="checkbox"/>

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です) ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

平成 年 月 日 提出

備 考	

受付日付印

(注意) ※印は、はっきりと押し、印もれないようにしてください。なお訂正したときは、それぞれ欄の記入者は氏名末尾に押し印した印と同じ印を訂正印として押してください。
 ※出産が資格喪失後である時は、母子手帳(出産届出済証明欄)の写を添付してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間	
	給与の支払形状	月給 円 (日額 円) 毎月	日締切	
		日給 円 その他	日支払	
	手当などの支給がある場合			
	月 日～ 月 日	家族手当 円	住宅手当 円	円
	月 日～ 月 日	円	円	円
	その他支給がある場合			交通費 一ヶ月・三ヶ月・六ヶ月・その他 月 日～ 月 日
欠勤控除した場合の計算方法	記入例: ○○手当 ÷ ○日 × 欠勤日 ・ ○○給 ÷ ○時間 × 欠勤時間		円	
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日				
事業所所在地 名称 事業主氏名 Ⓜ 電話 ()				

出勤簿・賃金台帳の写しを添付して下さい。
 (請求期間の該当する月に賃金の支払いがある場合は、支給金額又は)
 欠勤控除の計算方法を必ず記入して下さい。

医師又は助産師が意見を記入するところ	出産年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日
	正常 異常 出産の別	正常出産 ・ 異常出産		生産または死産の別
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		生産・死産 (妊娠 週 日)
	入院して出産したときはその期間	自費の期間	月 日～ 月 日まで	日間
		健保の期間	月 日～ 月 日まで	日間
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所 医師は 病院名 助産師 氏名 Ⓜ 電話 ()			

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---