

健康保険出産手当金請求書(第 回)

この欄の訂正は本人の印	被保険者証の記号・番号 1111 - 5555	被保険者(請求者)の氏名と印 健保 花子	(フリガナ) ケンポ ハナコ	生 年 月 日 昭和 4 年 9 月 0 日 平成 1 年 0 月 1 日
	被保険者(請求者)の住所 神戸市中央区 町×××	(フリガナ) コウベシチュオウク	〒 ××××	電話 () ××××
	事業所の名称 株式会社	被保険者の業務の種別 事務員	被保険者の資格を取得した日 昭和 3 年 3 月 3 日 平成 3 年 3 月 3 日	
	被保険者の資格を取得した日	被保険者の標準報酬月額 200 千円	出産(予定)の日 平成 2 年 1 月 0 日 平成 2 年 1 月 0 日	
	出産(予定)の日	左記の の出産日は実出産ですか又は予定出産ですか 1 実出産(出産予定日) 21 年 6 月 19 日) 2 予定出産	出産のため休んだ期間 平成 21 年 5 月 9 日から 平成 21 年 8 月 15 日まで 99 日間	

この欄の訂正は事業主の印	上期間中に事業主から給料を受けられましたか オ 受けられない	ア 全部受けた ウ 全部受けられる オ 受けられない	イ 一部受けた エ 一部受けられる				
	ア.イ.ウ.エのいずれかに該当するときはその内容	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間の分として 円				
	健康保険本人扱いの入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間				
	労務に服さなかった日(出勤は で、有給は で、公休は公で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。)	計	欠勤 有給				
	20 年 5 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	計	日 日			
20 年 6 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	計	日 日				
20 年 7 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	計	日 日				
20 年 8 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	計	日 日				
年 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	計	日 日				
年 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	計	日 日				
この欄の訂正は事業主の印	上期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合	形 態 種 類	月給・日給・日給月給・その他()	基本給	扶養手当	通勤手当	合計
	年 月分	円	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円	円	円
給料の支払日	毎月	日締切	当月・翌月	日支払			
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	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	神戸市中央区 町×××		平成 年 月 日提出	受付日付印		
事業所名称	株式会社		代表				
事業主氏名	代表取締役						
電 話	() ××××						

この欄の訂正は医師又は助産師の印	出産年月日	平成 年 月 日	出産予定年月日	平成 年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正常	異常	生産又は死産の別 生産 死産 (第 週又は 妊娠 か月)	
	出生児の数	単胎	多胎(児)		
	上記のとおり相違ありません。				
	医療施設の所在地	神戸市中央区 町×××		医療施設の名称	マタニティクリニック
医師・助産師の氏名(職名)	医師 次郎		電 話	() ××××	

委任事項	この給付金の受領方を(住所氏名)に委任する。	
委任者	被保険者	
銀行等に振込を希望する場合	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
銀行 金庫 ××× 支店 農協	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	(フリガナ) ケンポ ハナコ
	預金口座番号	健保 花子
	1 1 1 1 1 1 1	

- 説明
- 出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を休むことにより、賃金が受けられない場合に支給されます。支給の期間は、出産の日以前42日目から出産後の日56日目までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。出産の日は、出産の日が産前日より遅れた場合においては、産前日となります。出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。多胎妊娠における支給の期間は、出産の日以前が98日となります。
 - 欄は、被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。
 - 欄は、ア～オのうち該当するものを囲んでください。
 - 欄は、の期間に対して給料を受けた(受けられる)ときは、期間・金額を記入してください。
 - 欄は、健康保険本人扱いとして入院した場合のみ記入してください。
 - 欄は、振込希望金融機関等を記入してください。
 - 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記入した日本語の翻訳文を添付してください。

申請期間とその期間前一月分の
賃金台帳と出勤簿(タイムカード)の写を添付してください。

