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（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号・番号 ―	①被保険者（請求者）の氏名と印	（ﾌﾘｶﾞﾅ） ㊞	生　年　月　日 昭和 平成　年　月　日
被保険者のマイナンバー	※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です		
被保険者（請求者）の住所	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 〒　　― 電話（　　　）　　－		
事業所の名称		被保険者の業務の種別	
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成　年　月　日	被保険者の標準報酬月額	千円
②出産（予定）の日	平成　年　月　日	左記の②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　年　月　日） 2　予定出産
③出産のため休んだ期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間		
④上の期間中に事業主から給料を受けられましたか	ア　全部受けた　イ　一部受けた ウ　全部受けられる　エ　一部受けられる オ　受けられない		
⑤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		
⑥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		

この欄の訂正は事業主の印

事業主が証明するところ

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。）			欠勤	有給
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
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
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

上の期間中の分として、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	月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ その他（　　　）					
	種　類	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

事業所名称

事業主氏名　㊞

電話（　　　）　―

平成　年　月　日提出

受付日付印

この欄の訂正は医師又は助産師の印

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　ヵ月）
出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）		

上記のとおり相違ありません。

平成　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名（職名　　）　㊞

電話（　　　）　―

委任状	委任事項　この給付金の受領方を　住所 氏名　㊞に委任する。 平成　年　月　日 被保険者　㊞

被保険者（申請者）又は受取代理人が記入するところ

⑦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）
	預金口座番号	

説明

1 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、出産の日が出産予定日より遅れた場合においては、出産予定日になります。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。
2 ①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。
3 ④欄は、ア～オのうち該当するものを囲んでください。
4 ⑤欄は、③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。
5 ⑥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。
6 ⑦欄は、振込希望金融機関等を記入してください。
7 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ヵ月分の
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。