

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	被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ)		生 年 月 日		昭 和	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	(フリガナ)		電 話 () -								
	事業所の名称											
	被保険者の資格を取得した日	昭 和	年	月	日	標 準 報 酬 月 額	千 円					
	出産(予定)の日	令 和	年	月	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	年	月	日)	2 予定出産	
	出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日 間						
	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 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	令和 年 月 日から		令和 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	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日 間						

この欄の訂正は医師又は助産師の印	出産年月日	令 和	年	月	日	出産予定年月日	令 和	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 妊娠 週又は 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。										
	令和 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 () -			

委任事項	この給付金の受領方を (住所) 氏名 に委任する。 令和 年 月 日		
被保険者	被保険者		
と理者被こ人保 ろが又険 記は者入受 す取申 る代請	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 農協 支店	1.普通 2.当座 3.貯蓄	(フリガナ)
		預金口座番号	

この欄の訂正は事業主の印	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
年 月分		円	円	円	円	円	
年 月分		円	円	円	円	円	
年 月分		円	円	円	円	円	
年 月分		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。	令和 年 月 日提出 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話 () -						

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、賃金を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 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 欄は、ア～オのうち該当するものを囲んでください。
- 4 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。
- 5 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 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。