健康保険出産手当金請求書（第　　回）

記入例

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）氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ｹﾝﾎﾟ　ｶｽﾞｺ	生年
1111 － 5555		健保　和子	昭和 平成 令和　0 3

被保険者（請求者）の住所	（ﾌﾘｶﾞﾅ）コウベシチュオウク 〒 ○○○ － ×××× 神戸市中央区○○町×××　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 平成 令和　21 年 4 月 1 日	被保険者の標準報酬月額	300 千円
②出産（予定）の日	令和　0 3 年 0 6 月 2 0 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（出産予定日　3 年 6 月 19 日） 2 予定出産
③出産のため休んだ期間	令和 3 年 5 月 9 日から 令和 3 年 8 月 15 日まで　99 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	令和 年 月 日から 令和 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	令和 年 月 日から 令和 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
3 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
3 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
3 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
3 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

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　神戸市中央区○○町×××

事業所名称　株式会社　○○○○

事業主氏名　代表取締役　○○　○○

電話　（ ○○○ ）△△△ －　××××

令和　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	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　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。

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　（　　）　－

※こちらの欄は医師の証明欄となります。出産された医療機関にて証明をもらってください。

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。 令和　年　月　日 被保険者氏名		
被保険者（申請者）又は受取代理人が記入するところ	⑦振込希望金融機関名	預金種別	預金口座名義人
	○○○ 銀行 金庫 農協　××× 支店	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 口座番号 1 1 1 1 1 1 1	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ケンポ　ハナコ 健保　花子

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 ④欄は、ｱ～ｵのうち該当するものを囲んでください。
3 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。
4 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。
5 ⑦欄は、振込希望金融機関等を記入してください。
6 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。