

※	資格取得	昭和 平成	年	月	日	標準報酬月額	平成	年	月	千円
	喪失	平成	年	月	日		平成	年	月	千円

健康保険出産手当金請求書

※両面コピー禁止
(第 回)

(注意事項)
○※印の欄と事業主証明欄は記入しないで下さい。
○該当箇所は漏れなく記入し、必要な文字は○で囲んで下さい。

被 保 険 者 の 記 入 す る	①被保険者証の 記号・番号	記号	番号	②請求者 (被保険者) の氏名と印	③ 印	
	④請求者 (被保険者) の現住所	〒				
	⑤事業所の名称					
	⑥資格取得年月日	平成・令和	年	月	日	⑧分娩予定年月日 平成・令和 年 月 日
	⑦資格喪失年月日	平成・令和	年	月	日	⑨分娩年月日 平成・令和 年 月 日
	⑩分娩のため、 仕事を休んだ期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		⑪左記期間中に報酬の全部又は一部を受けましたか	受けない・受けた 受けられる
	⑫ ⑩欄の期間 中入院した期間 があるとき	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	日間		健康保険又は自費で 入院しましたか	健保・自費 ・健保家族
		医療機関の名称				
		医療機関の所在地				
	⑬払渡しを希望 するところ(請求 者名義のものを 記載してください)	銀行 信用金庫	本店 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号 口座名義人	カナ

委 任 欄	⑭上記出産手当金の受領を					事業所社会保険担当確認印
	住所 氏名 _____ ⑮に委任します。					
	銀行 信用金庫	本店 支店	普通 貯蓄 当座	口座番号 口座名義人	カナ	受付印
令和 年 月 日 請求者氏名 _____ ⑯						



字削除

(注意事項) 〇出勤簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服さなかった日に
 〇資金台帳・給与明細等によって正しく記入してください。
 〇事業主の訂正はその箇所又は欄外の訂正欄に事業主の訂正印を押印して下さい。
 〇一カ月を単位として支給される各種手当が労務に服さない期間も含めて支給されているときは、報酬の一部支給
 となりますので記入してください。

事業主が証明する欄	⑮産休開始日	平成・令和 年 月 日	備考				
	⑯労務に服さなかった日 (該当する日を○で囲むこと)	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		
		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		
		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		
		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		
		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		
	⑰上記期間中に 対する報酬支給の有無	有・無	⑱給料の形態	月給・日給 月給・日給・歩合給・その他()			
	⑲上記期間中に 有給休暇があればその日額及び 月日	日額	計				
	⑳上記の 労務に服 さなかった 期間中に 支払った 報酬額又 は今後支 払われる 報酬額及 び支給対 象期間等	本給(基本給)	円	月 日～	月 日	月(日)分	⑳給与の締切日
		通勤手当	円	月 日～	月 日	月(日)分	毎月
		円	月 日～	月 日	月(日)分	日	
		円	月 日～	月 日	月(日)分	⑳支払日	
		円	月 日～	月 日	月(日)分	毎月	
		円	月 日～	月 日	月(日)分	日	
懇親会費		円	月 日～	月 日	月(日)分		
現物 衣・食・住		円	月 日～	月 日	月(日)分		
<事業主意見欄>							
㉓上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所の所在地および名称 事業主の氏名 電話() -							

医師又は助産婦が記入する欄	㉔分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日	㉕分娩年月日	平成・令和 年 月 日
	㉖健康保険で給付される入院期間	平成・令和 年 月 日 から	㉗使用された健康保険証の記・番号	記号
		平成・令和 年 月 日 まで		番号
	㉘生産・死産の別	生産 死産	妊娠 週	㉙出生児の数
㉚上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師助産婦名 (職名) 電話() -				

(注意事項) 〇〇〇〇〇〇
 〇28及び29は該当文字を○印で囲んで下さい。
 〇欄は健康保険で入院したかどうかについてまちがいのないよう記入してください。
 〇医師又は助産婦の訂正箇所には医師又は助産婦の証明印を押印して下さい。