

※	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 欄	①被保険者証の		記号			②請求者 (被保険者)							
	記号・番号		番号			の氏名と印							
	③請求者 (被保険者)		〒										
	の現住所												
	④事業所の名称												
	⑤資格取得年月日		平成・令和	年	月	日	⑦分娩予定年月 日		平成・令和	年	月	日	
	⑥資格喪失年月日		平成・令和	年	月	日	⑧分娩年月日		平成・令和	年	月	日	
	⑨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	⑩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
	ただし		日	日	日	日	日は出勤						
	⑪ ⑨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												
⑫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		本店		普通	口座番号						
		信用金庫		支店		貯蓄	口座名義人		カナ				
						当座							

委 任 欄	⑬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 _____ に委任します。										
	銀行		本店		普通	口座番号					受付印
	信用金庫		支店		貯蓄	口座名義人		カナ			
令和 年 月 日											
請求者氏名 _____											

訂正印

字削除

事業主が証明する欄	⑭産休開始日	平成・令和 年 月 日	備考					
	⑮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			
	⑯上記期間中に に対する報酬支給の有無	有・無	⑰給料の形態	月給・日給月給・日給・歩合給・その他()				
	⑱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	日
	⑲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		
		円	月 日～	月 日	月(日)分	毎月		
		円	月 日～	月 日	月(日)分	⑳支払日		
		円	月 日～	月 日	月(日)分			
		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>								
⑳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() -								

(注意事項) ○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
○貸金台帳・給与明細等によって正しく記入してください。
○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。
○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。

医師又は助産婦が記入する欄	⑳分娩予定年月日	平成・令和 年 月 日	㉑分娩年月日	平成・令和 年 月 日
	㉒健康保険で給付される入院期間	平成・令和 年 月 日 から	㉓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
	㉔生産・死産の別	生産 死産	妊娠 週	㉕出生児の数
㉖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) ○27及び28は該当文字を○印で囲んで下さい。
○25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
○医師又は助産婦欄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