

※	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)

【2022.9 改定】

(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て下さい。

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) の氏名						
	記号・番号	番号								
	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	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	令和	年	月	日
	⑨分娩のため、 仕事を休んだ期 間	令和	年	月	日から	日間				
		令和	年	月	日まで					
		ただし	日	日	日	日	日は出勤			
	⑩ ⑨欄の期間 中入院した期間 があるとき	令和	年	月	日から	日間				
	令和	年	月	日まで						
	医療機関の名称									
	医療機関の所在地									
⑪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	⑫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	カナ					
		当座	口座名義人					
令和 年 月 日 請求者氏名 _____								

記号—番号	—	被保険者氏名																												
⑬産休開始日	令和 年 月 日	備考																												
事業主が証明する欄	⑭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																									
	⑮上記期間中に 対する報酬支給の有無	有 ・ 無	⑩給料の形態	月給・日給月給・日給・歩合給・時間給・その他()																										
	⑯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			
	⑰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																								
		通勤手当	円	月 日～	月 日	月(日)分																								
			円	月 日～	月 日	月(日)分																								
		円	月 日～	月 日	月(日)分																									
		円	月 日～	月 日	月(日)分																									
自社株奨励金		円	月 日～	月 日	月(日)分																									
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なります。
○賃金台帳・給与明細等によって正しく記入してください。
○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	令和 年 月 日	㉑分娩年月日	令和 年 月 日	
	㉒健康保険で給付される入院期間	令和 年 月 日 から	日間	㉓使用された健康保険証の記・番号	記号
		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	単胎・多児(児)
	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)
○②⑤及び⑥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てください。