健康保険 出産手当金請求書　（第　　回）

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	被保険者（請求者）の氏名	被保険者の生年月日
―		□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日

被保険者（請求者）の住所

〒

電話（　　）　　―

事業所の名称	資格取得年月日	被保険者の標準報酬月額
	昭和・平成・令和 年　　月　　日	千円

出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
出産年月日	令和　　年　　月　　日
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
出産のため休んだ期間の部分の報酬を受けましたか。または受けられますか。	受けた　・　受けない 受けられる　・　受けられない
報酬の支払いを受けたときまたは受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった（基礎となる）期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで の期間分として　　円

□マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は□に✓してください。利用しない場合は、下記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先			
銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	普通 当座	店番号 口座番号
口座人名義		フリガナ	

委任欄

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）氏名

代理人の	
住所	〒
氏名	

※　申請期間とその期間一か月分前の賃金台帳及び出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

出産手当金

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。当該出産の日は、出産の日が出産予定日より遅れた場合、出産予定日になります。出産日当時は、出産の日以前の期間に含まれます。多胎妊娠の場合は、出産の日以前が98日となります。

被保険者証のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

受付印

事業主が証明するところ

出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／でそれぞれ下段に表示してください。

		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	出勤	有給
労務に服さなかった期間	年																																		
	月																																	日	日
	年	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	出勤	有給
	月																																	日	日
	年	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	出勤	有給
	月																																	日	日
	年	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	出勤	有給
	月																																	日	日
	年	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	出勤	有給
	月																																	日	日
報酬の全部または一部支給した場合	基本給														日間										月　日支払　日額　　円										
	手当														日間										月　日支払　日額　　円										
	手当														日間										月　日支払　日額　　円										
	手当														日間										月　日支払　日額　　円										
	手当														日間										月　日支払　日額　　円										

給料の支払い日	毎月　　日締切　当月・翌月　　日支払
現在又は将来も支給しない場合はその旨	就業規則による・日給者のため・その他（　　）

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話（　　）　　―

医師又は助産師が意見を書くところ

出産年月日	令和　　年　　月　　日	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
正常または異常の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産（　　ヵ月）
入院して出産したときは、その期間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間	入院費用の別	健保・公費・自費・その他
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

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

助産師の氏名

※名称・所在地はゴム印を押してください。

電話（　　）　　―