

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

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	
—				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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		日間	
		令和 年 月 日まで			
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		
振込先	銀行	本店	普通	店番号	
	農協	支店		口座番号	
	信用金庫	出張所	当座		
	信用組合				
口座人名義		フリガナ			
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					
委任欄	住所	〒			
	代理人の氏名				

※ 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。出産日当日は、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

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。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	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	出勤	有給						
		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	出勤	有給						
		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	出勤	有給						
		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	出勤	有給						
		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	出勤	有給						
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 (カ月)	
	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 () —					