


# 健康保険 出産手当金請求書

※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。太枠内は楷書で丁寧にご記入ください。

※記入内容を訂正される場合は、下記①欄に押された印鑑(★)を訂正印として必ず押してください。

## 被保険者記入欄

## 出産手当金2-1



① 被保険者の	記号	番号	氏名・印	生年月日	
			 (★)	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
② 被保険者の現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 ( )	
③ 個人番号 (マイナンバー) (*上記①欄/記号番号 記入の場合は、不要です)			④ 事業所名称		
⑤ 出産日	平成	年 月 日	⑥ 出産予定日	平成	年 月 日
⑦ 出産のため 休んだ期間 (請求期間)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( ) 日間				
⑧ 上記期間中に報酬を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた(平成 年度 月分 円) <input type="checkbox"/> 受けていない				

### [注意事項]

1 本請求書は上記⑦欄の請求期間経過後にご提出ください。


## 振込先金融機関の欄

\*被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄」に必ずご記入・押印してください。  
(被保険者印(★)代理人印(☆)は、別々の印鑑で押印し、ご提出ください。)

銀行・店名	(店番号) (店名) 本店 銀行・金庫 支店	受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。	
預金種別	普通・当座		被保険者(請求者) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ	 (★)
口座番号 (左づめでご記入ください)			(氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他 ( )	
口座の名義人 (カタカナでご記入ください)			代理人(口座の名義人) (住所) <input type="checkbox"/> 上記②と同じ	 (☆)

## 医師または助産師証明欄

※記入内容を訂正される場合は、下記医師または助産師氏名印を訂正印として押してください。

⑨ 出産日	平成 年 月 日	⑩ 出産予定日	平成 年 月 日
⑪ 正常出産または 異常出産の別	正常・異常	⑫ 出生児数	単胎・多胎 ( 児)
⑬ 生産または死産の別	生産・死産 ( 妊娠 週 日・ 日 )		
上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日			
医療機関所在地		電話 ( )	
医療機関名			
医師または助産師氏名			

# 事業主証明欄

出産手当金2-2

① 被保険者の	記号	番号	氏名	
② 労務に服さなかった期間  【出勤は○】、【有給は△】、 【公休は■】、【欠勤は×】で それぞれ表示してください。	平成	年	月 日 ~ 平成	
			年 月 日 まで 日間	
	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	
	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	
	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	
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		
③ 上記②の期間に対して、賃金を支給をしましたか(□はい □いいえ)。また、支給日以降、追って、支給するものが(□ある □ない)				
④ 報酬について	賃金計算締日 及び支払日	(締日) 日 / (支払日) □当月・□翌月 日		
	給与の種類	□月給 □日給 □日給月給 □時間給( 円)		
	所定休日	□毎週( 曜日) □隔週( 曜日) □不定期		
	欠勤控除の有無	□あり □なし	欠勤控除の算出式	
	控除額	① 一日当たりの控除額 円	② 欠勤日数 日	①×②=控除額 円 ( 年 月分にて控除)
	通勤手当 (支給内訳)	【原則】： □( 月分)前払い □当月払い □前月払い □翌月払い □なし		
		・ ( )日分 ( )円(日額 円) 支給		
・ 月 日 ~ 月 日 まで、( )ヵ月分 円支給( 月給与で支給)				
*精算がある場合は		年 月分給与で( )ヵ月( )日分控除		
精算額算出式				
⑤ 上記のとおり相違ないことを証明します。			担当者氏名	
( * 上記②欄の賃金締切日以降に、事業主証明をお願いします。 )				
平成 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名				
事業主氏名				
Ⓜ				
電話 ( )				

## [注意事項]

- ・ 記入内容を訂正される場合は、上記⑤欄に押印された印鑑にて、訂正印として押してください。
- ・ 必ず請求期間に係る締日までの出勤簿(タイムカード)・賃金台帳の写しを添付してください。
- ・ 被保険者資格喪失後でも請求期間が在職期間中の場合は、事業主証明が必要となります。