

健康保険 出産手当金請求書

|   |   |   |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---------------------------|------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の<br>記号<br>番号  | 被保険者の氏名<br>生年月日                           |                           | 昭・平 年 月 日        |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 被保険者の現住所  | 〒 ー |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 事業所の名称  |   |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、<br>それとも出産後の申請ですか  |   | 出 産 前 の 申 請 ・ 出 産 後 の 申 請 |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 産 の 日   | 令 和 年 月 日   | 出 産 予 定 日                                 | 令 和 年 月 日                 |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 出 生 児 の 数   | 単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )   |   |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 労務に服することが<br>できなかった期間                               | 令 和 年 月 日 から  | 令 和 年 月 日 まで                              | 日 間                       |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| こ<br>ろ  | 上記の期間について   |   | (A) 報酬を受けましたか             | 受 け た ・ 受 け ない   |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | (B) 報酬を受けた時は、<br>金額を記入してください  |   | 令 和 年 月 日 から              | 令 和 年 月 日 まで     | の 分 と し て 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 委<br>任<br>状   | この申請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。<br><br>住所<br>被保険者の氏名<br><br>住所<br>代理人の会社名氏名   |   |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 振<br>込<br>銀<br>行                                    | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入)<br>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取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。 |   |                           |                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | (フリガナ)  | 銀行  | 預金<br>種目                  | 普通・当座・<br>その他( ) | 口座<br>番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | (フリガナ)  | 支店  | 口座名義                      | (フリガナ)           |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

|                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 確認欄                      | この届出については、以下の要件を満たしたものである         |
| <input type="checkbox"/> | ・申請者本人(被保険者)が記載したものである            |
| <input type="checkbox"/> | ・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している |

|                            |          |                 |       |     |
|----------------------------|----------|-----------------|-------|-----|
| ※<br>健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 標準報酬     | 支給期間            | 支給日数  | 備 考 |
|                            | 円        | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日間    |     |
|                            | 資格<br>照合 | 年 月 日 取得        | 支給決定額 |     |
|                            | 年 月 日 喪失 | 円               |       |     |

|   |   |                       |                |           |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------|----------------|-----------|--|-------------|-----------|-------|----------------------|-----------|----|----|----|----|----|-----------------------|--------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|--|--|--|--|
| 事<br>業<br>主<br>が<br>証<br>明<br>す<br>る<br>こ<br>と<br>こ<br>ろ      | 労働に服さな<br>かった期間   | 令 和 年 月 日 から          | 令 和 年 月 日 まで   | 日 間       | た だ し  | た だ し       | は 出 勤     | は 有 給 | 請 求 者 の<br>業 務 の 種 別 |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   |   | 1                     | 2              | 3         | 4  | 5           | 6         | 7     | 8                    | 9         | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15                    | 16     | 報<br>酬<br>の<br>計<br>算 | 締<br>切<br>日 |             |             |  |  |  |  |
|   |   | 17                    | 18             | 19        | 20   | 21          | 22        | 23    | 24                   | 25        | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31                    | 毎<br>月 |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   |   | 1                     | 2              | 3         | 4  | 5           | 6         | 7     | 8                    | 9         | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15                    |        |                       |             | 16          | 日<br>か<br>ら |  |  |  |  |
|   |   | 17                    | 18             | 19        | 20   | 21          | 22        | 23    | 24                   | 25        | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31                    |        |                       | 日<br>ま<br>で |             |             |  |  |  |  |
|   |   | 1                     | 2              | 3         | 4  | 5           | 6         | 7     | 8                    | 9         | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15                    | 16     |                       |             | 支<br>払<br>日 |             |  |  |  |  |
| 17  | 18  | 19                    | 20             | 21        | 22   | 23          | 24        | 25    | 26                   | 27        | 28 | 29 | 30 | 31 |    | 当<br>月<br>・<br>翌<br>月 |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 支<br>給<br>額   | 欠勤しなかった場合の<br>1カ月の報酬支払額   |                       | 月 分            |           | 月 分  |             | 月 分       |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 基 本 給   | 円                     | 円              |           | 円  |             | 円         |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 手 当   | 円                     | 円              |           | 円  |             | 円         |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 手 当   | 円                     | 円              |           | 円  |             | 円         |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 手 当   | 円                     | 円              |           | 円  |             | 円         |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 計   | 円                     | 円              |           | 円  |             | 円         |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 報<br>酬<br>支<br>払<br>の<br>形<br>態                               | ア.月給制<br>イ.日給月給制<br>ウ.日給制<br>エ.時間給制<br>オ.その他  | 日 額 ( 時 間 給 )         | 円              |           | 請 求 期 間 中 に 支 払 わ れ た 報 酬 ( 欠 勤 控 除 ) の 計 算 方 法 を 詳 しく 記 入 し て く だ さ い |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 請 求 期 間 中 の<br>通 勤 手 当 に つ い て                                | 1. 支給している   |                       | 1. 電車 2. ガソリン代 | 月 日 から    | 月 日 まで   | カ 月 間 ( ) 円 | 月 日 支 払 済 |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 2. 支給していない (理由: )   |   | 3. パス 4. 他( )         | 月 日 から         | 月 日 まで    | カ 月 間 ( ) 円  | 月 日 支 払 済   |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。   |   |                       |                |           |  |             |           |       |                      | 令 和 年 月 日 |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 事業所所在地  |   |                       |                |           |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 事業所名称   |   |                       |                |           |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 事業主氏名   |   |                       |                |           |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
| 医<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 出 産 年 月 日   | 令 和 年 月 日             | 出 産 予 定 年 月 日  | 令 和 年 月 日 |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 生 産 ま た は 死 産 の 別   | 生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 第 週 ) |                | 出 産 児 の 数 | 単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |
|   | 上記のとおり相違ありません。<br><br>令 和 年 月 日<br><br>医 療 施 設 所 在 地<br>医 療 施 設 名 称<br>医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名<br>電 話 番 号 |                       |                |           |  |             |           |       |                      |           |    |    |    |    |    |                       |        |                       |             |             |             |  |  |  |  |

※事業主証明欄及び医師の証明欄についてご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。