

健康保険 出産手当金請求書

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号	5000	被保険者の 氏名	産業 花子							
	番号	9	生年月日	昭 平 6年 4月 10日							
被 保 者 の 現 住 所	〒 000 - 0002		電話	〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇							
	△△市××町3-3										
事 業 所 の 名 称	〇〇産業株式会社										
今 回 の 出 産 手 当 金 の 申 請 は 、 出 産 前 の 申 請 で す か 、 そ れ と も 出 産 後 の 申 請 で す か	出 産 前 の 申 請			<input checked="" type="checkbox"/> 出 産 後 の 申 請							
	出 産 の 日	令和 1 年 6 月 20 日	出 産 予 定 日	令和 1 年 6 月 25 日							
出 生 児 の 数	<input checked="" type="checkbox"/> 単 胎 ・ 多 胎 () 児										
労 務 に 服 ず る こ と が で き な か っ た 期 間	令和 1 年 5 月 10 日 から		98 日 間								
上 記 の 期 間 に つ い て	(A) 報 酬 を 受 け ま し た か	受 け た ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受 け な い									
	(B) 報 酬 を 受 け た 時 は 、 金 額 を 記 入 し て く だ さ い	令 和 年 月 日 から	の 分 と し て								
委 任 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。										
	住所 被保険者の 氏名										
住所 代理人の 会社名 氏名											
振 込 銀 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) 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) シカク	預 金 種 目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ 当 座 ・ その他()	口 座 番 号	7	6	5	4	3	2	1
	(フリガナ) サンカク	銀 行									
(フリガナ) △△	支 店	口 座 名 義	(フリガナ) サンギョウ ハナコ								
			産 業 花 子								

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 checked="" 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

※ 健 保 記 入 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 照 合	年 月 日 取得	支 給 決 定 額	
	年 月 日 喪失	¥		

事 業 主 が 証 明 す る こ ろ	労務に服さな かった期間	令和 1 年 5 月 10 日 から	98 日 間	ただし 5/10~5/31	は出勤 は有給	請求者の 業務の種別	事務職																											
	出 勤 簿	6 月	7 月	8 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
支 給 額	基 本 給	220,000 円		6 月 分	0 円	7 月 分	0 円	8 月 分	0 円																									
	手 当	円		タイムカード・給与明細(賃金台帳)の写を 添付いただいても結構です			円																											
報 酬 支 払 の 形 態	手 当	円		円			円																											
	手 当	円		円			円																											
こ こ の 通 勤 手 当 に つ い て	計	220,000 円		6 月 分	0 円	7 月 分	0 円	8 月 分	0 円																									
	ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 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																													
支 給 の 形 態	1. 支給している	1. 電車 2. ガソリン代 3. パス 4. 他()	月 日から 月 日まで	カ月間()円	月 日 支 払 済																													
	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 支給していない (理由: 産前・産後・育休中は支給しない)																																	
医 師 ・ 助 産 師 が 記 入 す る こ ろ	上記のとおり相違ないことを証明します。							令和 1 年 9 月 10 日																										
	事業所所在地	△△市××町2-2																																
	事業所名称	〇〇産業株式会社																																
事業主氏名	代表取締役 〇〇一郎																																	
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。	医師または助産師に記入 を依頼してください							令和 年 月 日																										
	医 療 施 設 所 在 地																																	
医 療 施 設 名 称																																		
医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名																																		
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。