

健康保険出産手当金請求書（第 回目）

○ ○ を 請求書には 出勤簿および賃金台帳の「備考」欄又は賃金台帳の「出勤控除額」などがあれば、その算出方法（計算式等）を 被保険者が記入するところの「備考」欄に記入してください。提出は、期間が過ぎた時点での提出をお願いします。

被保険者証の記号・番号		③ 生年月日 昭和 平成 年 月 日			取得年月日 S・H・R		喪失年月日 H・R		支給開始日 H・R		報酬月額 千円	
①	②				⑤ 事業所の名称 フリガナ							
④ 被保険者(請求者)の氏名		フリガナ			⑧ 被保険者の標準報酬月額						千円	
⑥ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号			フリガナ						電話 ()	
⑦ 被保険者の資格を取得した日(入社日)		年 月 日			⑩ 分べん予定日		年 月 日					
⑨ 分べんの日		年 月 日										
⑪ 分べんのため休んだ期間(請求できる期間)		【分べんの日(分べんの日が予定日より遅れた場合は分べん予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)日から分べんの日後56日間までの期間を限度】			年 月 日から		年 月 日まで		日間			
⑫ うえの⑪に書いた期間の部分の報酬を受けましたか		受けた 受けない		⑬ 報酬の支払を受けたときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間		年 月 日から		年 月 日まで		の分として		円
⑭ 分べんした病院		名称										
		所在地										
[備考]												

次ページの支払金融機関欄（受領代理人欄）を必ずご記入ください。

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。																															
	年 月 日から	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
	年 月 日まで	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
	(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
	うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部を支給した場合は支給する場合	(自)	年	月	日	～	(至)	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額																		
	(自)				～	(至)				日間	円	月	日	支払日額																			
	(自)				～	(至)				日間	円	月	日	支払日額																			
	(自)				～	(至)				日間	円	月	日	支払日額																			
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																	
うえのとおり相違ないことを証明します。		年 月 日																															
事業主 住所 氏名																																	
電話 ()																																	
		年 月 日 提出 受付年月日																															

被保険者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)

--

医師または助産師が意見をかくところ	分べん年月日	年 月 日	分べん予定年月日	年 月 日
	正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死別の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 月)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	入院して分べんしたときは、その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	入院の費用の別
うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名 電 話 ()				

受領代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日			
	〒 住所 被保険者 (請求者) 氏名			
支払金融機関欄	代理人氏名	フリガナ	委任者と代理人の関係	
	銀行コード	支店コード	銀行・農協 本店 出張所 1: 普通 信金・信組 支店 2: 当座	
口座番号		口座名義人 フリガナ		