

< この請求書は、2枚1組です。A4サイズで印刷し記入してください。 >

健康保険出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号・番号 (枝番 記入不要)		② 生年月日				③ 資格取得日			標準報酬月額		
			昭 平	年	月	日	昭 平 令	年 月 日		※健保使用欄		
	④ 被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)				⑤ 事業所 の名称					
	⑥ 被保険者 (請求者) の住所		〒						⑦ 電話番号			
	⑧ 分べん の日		令 和	年	月	日	⑨ 左記の⑧の分べん日は 実分べんですかまたは 予定分べんですか				1. 実分べん (分べん予定日 令和 年 月 日) 2. 予定分べん	
	⑩ 分べんのため 休んだ期間 (支給期間)		自	令 和	年	月	日	日数	⑪ 出生児の数			
			至	令 和	年	月	日	日	単胎 多胎 (児)			
	⑫ ⑩に記載した期間に報酬を 受けましたか、 または受けられますか		1. はい 2. いいえ				⑬ 報酬の支払を受けたとき、 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 (なる) 期間			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 の分として 円		
	分べんで 入院した 内容		⑭ 病院等 の名称		⑮ 病院等 の所在地							
	⑯ 上記⑩の休んだ期間のうち健康保 険または公費で入院した期間		自	令 和	年	月	日	至	令 和	年	月	日
⑰ 上記⑩の休んだ期間のうち 自費で入院した期間		自	令 和	年	月	日	至	令 和	年	月	日	日数
⑱ 振込先 口座情報		金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店		備考欄				
		普通預金 口座番号		(フリガナ) 口座名義								
※「⑱振込先口座情報欄」に被保険者(本人)名義以外の口座を記入する場合は、以下の「⑲受取代理人欄」に記入が必要です。												
⑲ 受取代理人		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						令和 年 月 日				
		被保険者 (請求者)		住所 氏名						※ 事業主が受取代理人になる場合に のみ被保険者の押印が必要となります。		
		受取代理人		(フリガナ) 氏名 住所 電話		委任者と代理人との関係 (記入例) 事業主						

医師または助産婦が意見をかくところ	②⑤	分べん年月日	令和 年 月 日	②⑥	分べん予定年月日	令和 年 月 日	
	②⑦	正常分べん または 異常分べん の別	正 常 ・ 異 常	②⑧	生 産 または 死 産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 月)	
	②⑨	入院して分べんしたときは、その期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	③⑩	入 院 費 用 の 別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他
	③①	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)				
	③②	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 〒 職名 () 氏 名 電 話					

事業主が証明するところ	②⑧ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等を記入してください。																																	
	勤務状況(出勤は○、有給は△、公休は公、欠勤は／、代休は代、と特休は特)をそれぞれ表示してください。																																	
	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	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	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	日	日
	②⑨ 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か? 1. はい 2. いいえ																																	
	③⑩ 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支払状況を下欄にご記入ください。																																	
労務に服することができなかった期間		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで		日間																												
上記の期間中の分として支払う報酬関係	③① 現在までも又は将来も支給しない場合は√する		<input type="checkbox"/> 現在までも又は将来も支給しない																															
	③② 支給した期間	年 月 日	年 月 日	日間	支払額	支払日	日額																											
		令和	令和	日間	円	/	円																											
		令和	令和	日間	円	/	円																											
③③ (会社の証明欄) うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 〒 事 業 主 氏 名 電 話																																		