

健康保険出産手当金請求書(第 回)

(1枚目/2枚中)

◎記入に際しては注意事項(別紙「記入上の注意」)をお読みください。
◎※印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号			④ 生年月日			⑤ 支給額計算			⑥ 給付記録番号			⑦ 受取代理人			⑧ 受付年月日																										
①	②	③	5	7	9	昭	平	令	年	月	日	*	*	0	1	無	有	*	*	*	*	年	月	日																	
⑨ 被保険者(請求者)の氏名			(フリガナ)			⑦ 事業所の名称																																			
被保険者(請求者)の住所			⑩ 郵便番号			(フリガナ)			TEL ()																																
⑪ 住所コード																																									
⑫ 分 べ ん 日			令 和			年			月			日			⑬ 左記の⑫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 年 月 日)						2.予定分べん																	
⑭ 分べんのために休んだ期間(支給期間)			自 令和			年			月			日			日数			① 被保険者の資格を取得した日			平・令			年			月			日			⑯ 被保険者の標準報酬月額			千円					
⑮ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。			受けた ・ 受けない			⑰ 報酬の支払いを受けた(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			から			令和			年			月			日			までの分として			円		
⑱ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。			受けられる ・ 受けられない																																						
⑲ 分べんで入院したときはその旨			⑲ 病院の名称			⑳ 病院の所在地																																			
⑳ 上記⑱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			日数			(備考)																							
㉑ 上記⑱の休んだ期間のうち自費で入院した期間			自 令和			年			月			日			日数																										
備考欄(注)																																									
※ ⑳ 支給算出額(手)			㉑ 調整減額コード			㉒ 海外表示			㉓ 特別支給コード																																
						0.国 内 1.海 外																																			

(注) 個人番号を記載した場合は、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。個人番号を記載しなかった場合は、個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

◎提出前に、記入の間違いがないか再度ご確認ください。
◎出勤簿および賃金台帳のコピーを添付してください。

賃金形態及び賃金締切日		形態		月給・日給月給 日給・時間給・その他		毎月 日締切		当月・翌月		日支払					
⑲ 労務に服さなかった期間		⑳ 出勤は○で、有給は△で、欠勤は/で、公休日は公でそれぞれ表示してください。 上記、賃金形態等該当項目に○をしてください。										出勤		有給	
年 月 日から		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		計		日		日					
年 月 日まで		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		計		日		日					
日間		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		計		日		日					
年間		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		計		日		日					
㉑ うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する旨		基本給		⑳ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月		日支払円			
		手当		㉑ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月		日支払円			
		手当		㉒ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月		日支払円			
		手当		㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月		日支払円			
㉔ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨															
㉕ うえのとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日 提出													
事業所 所在地 名称		/ 受付日付印													
事業主 氏名		電話 ()													

健康保険出産手当金請求書

(2枚目/2枚中)

医師または助産師が意見を書くところ	妊産婦氏名													
	⑫ 分べん年月日	令和	年	月	日	⑬ 分べん予定年月日	令和	年	月	日				
	⑭ 正常分べんまたは異常分べんの別	正常・異常		⑮ 出産または死の別	出産・死産 (妊娠ヶ月)									
	⑯ 入院して分べんしたときは、その期間	令和	年	月	日	から	日間	令和	年	月	日まで	⑰ 入院費用別の	健保・公費	自費・その他
	⑱ 出産児の数	単胎・多胎 (児)												
⑲	うえのとおり相違ありません										令和	年	月	日
	職名()	住所	氏名		電話									

※	⑳ 減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	金額
	㉑ 全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	
	㉒ 不支給(産前法定外)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	
	㉓ 不支給(産後法定外)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	

支払金融機関の欄	㉔ 支払区分	1. 振込		㉕ 預金種別	1. 普通		㉖ 銀行 信金 信組 農協	本店
	㉗ 金融機関コード			2. 当座				支店
	㉘ 口座番号					口座名義 (フリガナ)	出張所	

受取代理人の欄	㉙ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記の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									
	㉚ 代理人の氏名	(フリガナ)								㉛ 委任者と代理人との関係				
	代理人の住所	㉜ 郵便番号					(フリガナ)				送信			
	㉝ 住所コード													

社会保険労務士記載欄	
------------	--