

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	昭	平	年	月	日	*	*	*	0	無	*	年	月	日			
⑨ 被保険者(請求者)の氏名			⑦ 事業所の名称																	
被保険者(請求者)の住所			⑩ 郵便番号			⑪ 住所コード			TEL ()											
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			至 令和 年 月 日			⑮ 日数			⑯ 被保険者の資格を取得した日			平・令 年 月 日			⑰ 被保険者の標準報酬月額 千円		
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。			受けた ・ 受けない			受けられる ・ 受けられない			⑲ 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								
⑳ 分べんで入院したときはその旨			㉑ 病院の名称			㉒ 病院の所在地														
㉓ 上記⑭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			㉔ 日数			(備考)								
㉕ 上記⑭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			㉖ 日数											
備考欄(注)																				
※ ⑯ 支給算出額(手)			⑰ 調整減額コード			⑱ 海外表示			⑲ 特別支給コード											
						0.国 内 1.海 外														

(注)被保険者証の記号番号に代えて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、記入のものがなく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。

事業主が証明する欄	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
	① 労務に服さなかった期間	② 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。				
	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	出勤 日	有給 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
③ 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場合	基本給	④	(目) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 日額	月 日支払 円
	手当	⑤	(目) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 日額	月 日支払 円
	手当	⑥	(目) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 日額	月 日支払 円
	手当	⑦	(目) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 日額	月 日支払 円
⑧ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨						
⑨ 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	
令和 年 月 日					/ 受付日付印 \	
事業所 所在地 名称	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 出産または死産の別	出産・死産 (妊娠 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	⑰ 入院費用別の	健保・公費 自費・その他		
	⑰ 入院して分べんしたときは、その期間	令和	年	月	日	まで					
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				至				日数	
	㉒ 不支給(産前法定外)	期間	自				至				日数	
	㉓ 不支給(産後法定外)	期間	自				至				日数	

支払金融機関の欄	㉔ 支払区分	* 1. 振込	⑳ 預金種別	1. 普通	㉕ 銀行	本店
	㉖ 金融機関コード		2. 当座	信金	支店	
	㉗ 口座番号			信組	農協	出張所
	公金受取口座	<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、上記口座情報の記入は不要です。)				

受取代理人の欄	㉘ 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			
	㉙ 代理人の氏名	(フリガナ)				㉚ 委任者と代理人との関係
	代理人の住所	㉛ 郵便番号			(フリガナ)	送信
	㉜ 住所コード					

社会保険労務士記載欄	
------------	--