

健康保険 出産手当金請求書

															年			月			日			提出		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	記号				被保険者 資格取得日	平成 ・ 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日											
		番号																								
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ						被保険者 (請求者) 住 所	〒																	
	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日						電話 ()																		
	事業所名 及び電話												社員番号													
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定 年 月 日	令和	年	月	日																
出産のため 休んだ期間	令和	年	月	日	から	日間																				
	令和	年	月	日	まで																					
①うえに書いた期間の部分の報酬（賃金）を 受けましたか、又は受けられますか					現在まで	受けた ・ 受けない				将 来	受けられる ・ 受けられない															
②報酬支払を受けたとき（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	の分として 円																	
					令和	年	月	日まで																		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 年 月 日														
	被保険者 (請求者)														

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。														
	銀 行					本 店									
	金 庫					支 店									
	支店番号	普通	口座番号												
		当座													
	フリガナ														
	名義人														

※ 健 保 使 用 欄	□12月間以上 □12月間未満														
	被 保 険 者	平均標準 報酬月額	千円			健 保 組 合	平均標準 報酬月額	千円							
		1/30相当額	円				1/30相当額	円							
	支 給 日 額	(円) × 2/3					支 給 日 数	日間							
		円						日間							
	支 給 額	(支給日額) 円 × (支給日数) 日間 = () 円													
		円													

受付日付印

		社員番号				氏名	
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		令和	年	月	日から	給与の締日 及び 支払日 日 締 日 払
			令和	年	月	日まで	
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	①全額支給した場合又は 支給する場合	令和	年	月	日から	の分の報酬を 円
			令和	年	月	日まで	
		②一部支給した場合又は 支給する場合	令和	年	月	日から	の分の報酬を 円
			令和	年	月	日まで	
		③現在まで又は将来も 支給しない場合は、その旨	令和	年	月	日から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。
令和			年	月	日まで		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 名 称 氏 名 電 話							

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出 産 年 月 日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日	
	正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	正 常 ・ 異 常				生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)				
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)									
	入院して出産した ときは、その期間	令和	年	月	日から	日間	入 院 の 費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他			
		令和	年	月	日まで						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 職名 () 名 称 氏 名 電 話										
	印										