

健康保険 出産手当金（付加金）請求書

記入例・記入方法の説明

保険証を確認してください。

※ 業主の証明を受けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

届出年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出			
被 保 険 者 情 報	① 被保険者証の記号及び番号	記号 X X X X X X X X	番号(従業員番号) XXXXXX	
	② (フリガナ)氏名	タカネ ハナ 高嶺 花		
③ 事業所名称	株式会社富士通ゼネラル		④ 生年月日	
⑤ 住所及び電話番号	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区△△△1234-56		電話 XXX-XXXX-XXXX	
被 保 険 者 ま た は 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑥ この請求は、出産前の期間のものですか、出産後の期間のものですか、あるいはその両方の期間のものですか。	<input type="radio"/> 出産前 <input type="radio"/> 出産後 <input checked="" type="radio"/> 出産前後		
	⑦ ⑥において、「出産前の期間」の場合は出産予定年月日を、「出産後」あるいは「出産前後」の場合は出産予定年月日と出産年月日を記入してください。	出産予定年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	
	⑧ 出産のために休んだ期間（請求する期間）	令和 XX 年 XX 月 XX 日 から	令和 XX 年 XX 月 XX 日まで	XX 日間
	⑨ ⑧の期間の報酬を受けましたか、または将来受けられますか(出勤、有休、積立休暇等がありましたか)	<input type="radio"/> 受けた <input type="radio"/> 受けられる <input type="radio"/> 受けない <input checked="" type="radio"/> 受けられない		
	⑩ 出産した医療施設の名称および所在地	所在地	東京都〇〇区◇◇◇◇	
	名称	◇◇◇◇レディースクリニック		
⑪ 出産日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日の翌日以降56日までの間に、退職またはその予定がありますか。ある場合は資格喪失日(退職日の翌日)を記入してください。	年 月 日			
⑫ 委任状 【被保険者が受領する場合】(給与口座へ振込み)	私は事業主を代理人と定め、出産手当金および同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名 高嶺 花			
⑬ 被保険者以外が代理で請求・受領する場合は代理人の氏名(フリガナ)	この欄は、被保険者以外が出産手当金を代理で請求・受領する場合に記入する欄です。			
⑭ 振込希望 【被保険者が請求する場合】(給与口座)の代理人の金融機関口座	被保険者が請求・受領する場合は、事業主(会社)を經由して給与口座へ支給しますので、⑫の「委任状」欄へ記入・押印してください。この欄(⑬⑭)は記入不要です。			

受付日付印

健 保 使 用 欄	支給額	千 円	給付内訳	法定給付	円
	支給日	年 月 日	付加給付	円	
	調整減額			円	
	法定	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
	付加	年 月 日 ~	年 月 日	日間	
給付額決定の基礎とな	資格	得	年 月 日	(不支給時の理由)	

事業主提出日

年 月 日

いちばん上の被保険者情報欄に被保険者証の記号と番号を記入したときは、この欄は記入しないでください！

被届出を行なうときに記入してほしい。ただし、被保険者の個人番号での記入を付する言類の添付が必要です。

マイナンバー	
--------	--

健康保険 出産手当金（付加金）請求書

2枚目 / 2枚中

◆この請求書は2枚組です。担当医および事業主の証明を受けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		日間																												
	② 上の期間について、出勤は○、有給・積立休暇(報酬支払いのある休暇)は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。						出勤	有休積立																										
	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
	③ 上の期間に 対して 報酬内 支払給	区分	期間	日度	日度	日度	日度	④ 給与の 種類	<input type="radio"/> 日給																									
		本給+職 日給また 手当() 手当()	計	円	円	円	円		<input type="radio"/> 日給月給																									
	報酬の支払い・証明に 関する補足事項等							給与の 種類	<input type="radio"/> 月俸																									
	上のとおり相違ないことを証明します。								給与の 種類	<input type="radio"/> その他 <small>(その他の場合は、具体的に)</small>																								
事業所の 所在地							年 月 日																											
事業所の 名称																																		
事業主の 氏 名							Ⓜ																											
							電話																											

この欄は、事業主（会社）が記入します。

保険証の2桁の記号が「49（FGFSサポーター）」と「51（FGからの出向を除くFGIS所属者）」の方は各管理部門へ、記号「99（任意継続被保険者）」の方は直接健康保険組合へ、それ以外（記号「11」）の方は人材開発部へ提出してください。

※ ①は、報酬の有無に関係なく、出産のために労務に服さなくなった最初の日から記入してください。
 ※ ③は、①および②について報酬を支払った（支払う）場合はその期間（月日）と金額、報酬が発生しない場合はその旨を記入してください。

お願い ①の期間が含まれる月度の出勤簿（写）と賃金台帳（写）またはそれに準ずるものを添付願います。

医師または助産師が記入するところ	①A 出産者氏名							
	①B 出産予定日 年月日	年	月	日	①C 出産年月日	年	月	日
	①D 正常か または あったか	①E 出生児の数	①F 単胎	①G 多胎	①H 日			
		上のと						
	医療施設の 所在地							年 月 日
医療施設の 名称								
医師・助産師の 氏 名							Ⓜ	
							電話	
							〔 職名 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 助産師 〕	

この欄は、担当の医師または助産師から記入・押印を受けてください。
 この欄に記入・押印がないときは、請求書を受け付けられません。

※ ①Eおよび①Fは、両方とも必ずご記入願います。
 ※ ①Dおよび医師または助産師の氏名欄の職名については、該当する項目を○で囲んでください。
 ※ ①Eは該当する項目を○で囲み、多胎の場合はその数を記入してください。①Fは該当する項目を○で囲み、さらに妊娠何カ月目または何週目での出産・分娩であったかの数字と「カ月」「週」のどちらかを○で囲んでください。

出産手当金請求書の作成に関する補足説明

書類の提出と手当金の支給について

出産手当金は、被保険者が出産のために労務に服することができず、事業主（会社）から報酬（有給休暇や積立休暇などの賃金支払いを伴う休暇は報酬の扱い）が受けられない日に対して、生活保障を目的として支給される給付金です。

出産手当金の支給対象となる期間は、出産日以前42日から出産後56日までの98日間です。出産日が予定より遅れた場合は、出産予定日以前の42日から対象です。また、多胎の場合は出産日（出産予定日）以前98日となります。この期間中に事業主から報酬を受けられなかった日に対して支給されます。

支給日は、毎月末日までに健保組合へ申請のあった分を、翌月の給与支給日に給与口座へお振込みします。任意継続被保険者や被保険者以外の方が代理で申請・受領される場合は、請求書受付月の翌月末日（末日が休日ときは翌営業日）に指定の口座へお振込みいたします。

記入上の注意事項（補足説明）

請求書の各項目の番号、記入例を確認してください。

- ◆ 日付（年月日）を記入する欄は『和暦（昭和、平成、令和等）』で記入してください。
- ◆ ①は、健康保険証を確認してください。記号は2桁、番号は1～6桁の従業員番号（0で始まる方は、先頭から0以外の数字までの0を除外します。例えば000901は901。任意継続被保険者は4桁。）です。
- ◆ ③は、①の記号が11の場合は「株富士通ゼネラル」、49は「株富士通ゼネラルフィールドセールス」、51は「株富士通ゼネラル情報システム」です。99の場合は「任意継続被保険者」とご記入ください。
- ◆ ⑥は、ほとんどの場合は「出産前後」に該当すると思われます。産前と産後の二度に分けて請求するとき等は、それぞれ出産前、出産後に○をしてください。
- ◆ ⑦は、出産後に請求するときは出産予定日・出産日の両方を記入してください。
- ◆ ⑨は、⑧に記入した請求期間について、出勤や有給休暇、積立休暇などの報酬が発生する日があるときは「受けた」「受けられる」、報酬の発生する日がない場合は「受けられない」に○をしてください。
- ◆ ⑫は、被保険者自身が手当金を受け取る場合（給与口座へ支給）は氏名の記入と押印をしてください。原則として、在職中で当健保組合に加入中である場合は、この欄に記入・押印してください。（任意継続被保険者を除き、退職後に手当金を請求する場合は、⑭へ金融機関情報を記入してください。）
- ◆ ⑬⑭は、被保険者の給与口座へ支給できない状態や、被保険者以外が代理で請求・受領する場合、その代理人となられる方の情報を記入する欄です。

記入上の注意事項／請求書2枚目の各種証明欄について

本請求書は、2枚組になっています。1枚目（被保険者が記入するところ）の請求内容に対して、2枚目に担当の医師または助産師と事業主（会社）から、それぞれ出産の事実（状態）、報酬支払いの有無について証明を受ける必要がありますので、必ず2枚揃えて提出してください。

- ◆ 1枚目を被保険者（請求者）が記入した後、担当の医師または助産師、事業主の順で証明を受けてください。
- ◆ 事業主の証明欄は、請求書①部の記号が49および51の場合はそれぞれの管理部門へ、11の場合は人材開発部へ提出してください。事業主が証明欄に記入・押印した後、事業主から健保組合へ提出されます。なお、99（任意継続被保険者）の場合は、直接健保組合へ提出してください。