

健康保険 出産手当金（付加金）請求書

常務理事	事務長	担当者

◆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。

届出年月日		年 月 日 提出		
被 保 険 者 情 報	① 被保険者証の記号及び番号	記号	番号(従業員番号)	
	② (フリガナ)氏名			
	③ 事業所名称			
	④ 生年月日	年 月 日		
⑤ 住所及び電話番号	〒	電話		
被 保 険 者 ま た は 請 求 者 が 記 入 す る 詳 細	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 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 年 月 日 出産年月日 年 月 日	
	⑧ 出産のために休んだ期間(請求する期間)	年 月 日 から	年 月 日 まで	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 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		
		名称		
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	
手 当 金 の 受 領 方 法 等	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		
	⑬ 被保険者以外が代理で請求・受領する場合は代理人の	(フリガナ)氏名	住所等	電話
		被保険者との続柄または身分関係		
	⑭ 振込希望口座 【被保険者以外が請求する場合】(⑬の代理人の金融機関口座)	金融機関名称	銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	口座種別	<input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 普通	口座番号(右寄せ)	
	口座名義(カタカナ)			

受付日付印

健 保 使 用 欄	支給額	千円	円	給付内訳	法定給付	円
					付加給付	円
	支給日	年 月 日			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る報酬月額	千円	資格	得喪	年 月 日	(不支給時の理由)
					年 月 日	

事業主提出日 年 月 日

被保険者証の記号と番号を記入したときは、右欄は記入不要です。証の記号・番号に代わり個人番号(マイナンバー)で届出を行なうときに限り記入してください。ただし、被保険者の個人番号であることを特定する書類の添付が必要です。

# 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(する)に対して報酬内支給	区分	期間	月度	月度	月度	月度	④ 給与の種類 日給 日給月給 月俸 その他 (その他の場合は、具体的に)																											
			本給+職責給	円	円	円	円																												
		日給または月俸	円	円	円	円																													
		手当( )	円	円	円	円																													
手当( )		円	円	円	円																														
		円	円	円	円																														
計		円	円	円	円																														
報酬の支払い・証明に関する補足事項等																																			
上のとおり相違ないことを証明します。								年	月	日																									
事業所の所在地																																			
事業所の名称																																			
事業主の氏名		Ⓜ																																	
		電話																																	

※ 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	A 出産者氏名												
	B 出産予定日 年月日		年	月	日	C 出産年月日		年	月	日			
	D 正常な出産または異常であったかの別	正常	E 出生児の数	単胎	多胎	児							
		異常		F 生産または死産の別	生産	死産	妊娠	カ月	週				
	上のとおり相違ないことを証明します。										年	月	日
	医療施設の所在地												
	医療施設の名称												
	医師・助産師の氏名		Ⓜ										
			〔職名 医師 助産師〕										
			電話										

※ BおよびCは、両方とも必ずご記入願います。  
 ※ D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。  
 ※ E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。F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。