

極秘

1 2

健康保険 出産手当金・付加金請求書

被保険者 (申請者)

記入用

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号					番号			被保険者の氏名 (請求者) と生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	被保険者の住所 及び電話番号	〒							電 話 ()					
	被保険者の勤務する (していた) 事業所名								被保険者の職種					
	出 産 日	平成 令和			年	月	日							
	出産予定日	平成 令和			年	月	日							
	出生児の数	単 胎			・	多 胎		(児)						
	出産のため休んだ期間 (請 求 期 間)	平成 令和			年	月	日から	平成 令和			年	月	日まで	日間
	上記の期間に報酬を受けましたか、 または今後受けられますか。	受けた			・	受けていない			→		今後受ける			
								→		今後もしない				
報酬の支払を「受けた(今後受ける)」ときは、 その報酬の額と、その期間	平・令			年	月	日から	平・令		年	月	日まで	円		
備 考 欄														

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は「備考欄」に記入してください。この場合、事業主から出勤状況等の「事業主が証明するところ」の記載を受けた後、再度事業主から受取り、個人番号確認と本人を確認するための書類を添えて、被保険者が直接健康保険組合に送付する必要があります。

金 振 込 機 関 先	金融機関コード					本支店番号				預金種別	普通・当座	口座番号						
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店			<input type="checkbox"/> 口座名義人 (カタカナ)												

受 取 代 理 人 欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。											受 付 日 付 印
	被保険者 (請求者) の氏名と印	令和 年 月 日	代理人住所	代理人氏名と印	代理人連絡先 電 話 ()							

社会保険労務士記載欄

健康保険 出産手当金・付加金請求書

事業主
医師・助産師

記入用

被保険者名																					被保険者 記号番号	-												
被保険者が労務に服さなかった期間	平・令	年	月	日から	平・令	年	月	日まで	日間	出勤	有給	欠勤																						
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	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	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	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	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	日
事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間に対する賃金支給状況										<input type="checkbox"/> 現在まで、または将来も、支給しない <input type="checkbox"/> 全部または一部支給した（する）																							
	賃金形態										<input type="checkbox"/> 月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給月給 ・ <input type="checkbox"/> 日給 ・ <input type="checkbox"/> 時間給 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）																							
	賃金締日・支払日		締切日： 毎月 日締										支払日： 当月・翌月 日支払																					
	労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況										賃金計算方法（欠勤控除・時給等）																							
	基本給	年 月 日から 年 月 日まで 円																																
	(年 月 日支払) (日額 円)																																	
手当	年 月 日から 年 月 日まで 円																																	
	(年 月 日支払) (日額 円)																																	
手当	年 月 日から 年 月 日まで 円																																	
	(年 月 日支払) (日額 円)																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。										担当者 氏名																								
事業所所在地 〒 令和 年 月 日																																		
事業所名称																																		
事業主氏名										電話 ()																								

労務に服することができなかった期間を含む出勤簿（タイムカード）の写しと賃金台帳の写しを添付してください。
勤務状況は【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】で表示してください。

医師又は助産師が意見を書くところ	出産者氏名																					出産者生年月日	昭・平・令	年	月	日
	出産日																					平成	年	月	日	
	出産予定日																					平成	年	月	日	
	出生児の数																					単胎	・	多胎	(児)	
	生産又は死産の別																					生産	・	死産	(妊娠 週)	
上記のとおり相違ありません。																										
医療施設の所在地										令和 年 月 日																
医療施設の名称																										
医師・助産師の氏名										電話 ()																