

極秘

1 2

健康保険 出産手当金・付加金請求書

被保険者 (請求者)

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	令和		年	月	日		
	出産予定日	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)	令和		年	月	日から		
		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	<input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない			
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	令和		年	月	日から令和	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。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関コード		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"/> 座名義人 (カタカナ)			
	<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。 (受取代理人を指定する場合は利用できません。)							

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

事業主が証明するところ	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	令和	年	月	日から	令和	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
	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																								
事業所所在地 〒											令和 年 月 日		氏名																						
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	令和	年	月	日																														
	出産予定日	令和	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		( )																						