

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)	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 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	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
印

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	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	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	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	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	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。			事業所所在地 〒		年 月 日	担当者 氏名
事業所名称			印		電話 ()	
事業主氏名			印		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 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)	
	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	年 月 日	
	医療施設の名称		
	医師・助産師の氏名	印	電話 ()