

出産手当金請求書

記入例

健康保険出産手当金請求書 (第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号・番号	0000 11111	② 事業所の名称	太陽生命〇×支社		③標準報酬 等級月額	260 千円
	④ 被保険者の氏名	太陽 花子		⑤ 被保険者の生年月日	昭・平 5年 4月 1日		
	⑥ 分娩予定年月日と分娩のあった年月日	分娩予定日	平・令 3年 4月 1日	分娩日	平・令 3年 4月 1日		
	⑦ 分娩のため 休んだ期間	平成・令和 3年 2月 19日 から 平成・令和 3年 5月 27日 まで	98 日間				
⑧ うえの期間の報酬(賃 金)の全部または一部を 受けたときまたは受けら れるときはその報酬額お よび 期 間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで 別添報酬台帳等のとおりです。 円						
⑨ 振込希望の銀行 (報酬振込口座)	三井住友 銀行 〇× 支店		普通 当座 No. 1234567	口座 名義人	タイヨウハナコ		
⑩ うえのとおり請求します。 令和 3年 6月 26日	被保険者の (請求者の)		〒 000-0000 住所 東京都東区城東1-2-3 ツカゲ 氏名 太陽 花子 TEL 03 (0000)1111	太陽 印			
太陽生命健康保険組合理事長 殿							

- ⑨「振込希望の銀行」欄
報酬振込口座を記入する。
- ⑩「請求署名」欄
被保険者が記入・押印する。
ただし、分娩した被保険者死
亡の場合は、相続人が請求
できるため、別途問い合わせ
すること。

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑪ 分娩予定年月日	平・令 3年 4月 1日	⑬ 分娩予定	単 胎	
	⑫ 分娩年月日	平・令 3年 4月 1日	分娩	多 (児)	
	⑭ 正常分娩または 異常分娩の別	正 常・異 常	⑮ 生産・死産の別	生 産・死 産 (妊娠 ヶ月)	
	⑯ うえのとおり相違ありません。 令和 3年 5月 1日	医療施設の名称・所在地 東京都城南区城南1-2-3 ひまわり病院		TEL 03 (0000)1111	
医師・助産師名		医師 日本 春子		日本 印	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑰ 労務に服さなかった期間	平成・令和 3年 2月 19日 から 98 日間 平成・令和 3年 5月 27日 まで				
	⑱ うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給 の場合	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分	金 円 (日 額) (月 日支払) (金 円)	
		一部支給 の場合	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分	金 円 (日 額) (月 日支払) (金 円)	
		支給しない 場合	別添報酬台帳等のとおりです。			
⑲ うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 3年 6月 26日	住所 東京都城南区城西1-1-1 事業主 太陽生命保険株式会社 氏名 〇×支社 〇×支社長 中央太郎		職印 職印			
		受付日付印				

- ⑰～⑲「事業主証明」欄
【内務員、パート等】
給与厚生課で証明するため、
未記入のまま給与厚生課へ
提出する。
- 【営業職員】
支社で記入し「支社長」・
「職印」で証明し、
健康保険組合へ提出する。
- 【関連会社】
各会社で証明し、総務担当
者が健康保険組合へ提出す
る。