

記入例

太陽生命健康保険組合理事長 殿

健康保険出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証	記号	0000	番号	11111	(2) 事業所の名称	太陽生命 ○○支社		
	(3) 被保険者の氏名	太陽 花子			(4) 被保険者の生年月日	昭・平 4 年 4 月 1 日			
	(5) 分娩予定年月日と分娩のあった年月日		分娩予定日		令和 5 年 4 月 1 日				
			分娩日		令和 5 年 4 月 1 日				
	(6) 出産のため休んだ期間		令和 5 年 2 月 19 日 から		98 日間				
			令和 5 年 5 月 27 日 から						
	振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。						
退職者		※退職者の方は振込希望口座を記入してください。							
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)			
				普通					

(8) 上記のとおり請求します。
令和 5 年 6 月 1 日
〒 000-0000 TEL 03(0000)1111
被保険者の住所 東京都城東区城東1-2-3
フリガナ タイヨウ ハナコ
氏名 太陽 花子

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	(9) 分娩予定年月日	令和 5 年 4 月 1 日	(11) 出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎
	(10) 分娩年月日	令和 5 年 4 月 1 日		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	(12) 正常分娩または異常分娩の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	(13) 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヶ月)
	(14) 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 4 月 24 日 医療施設の所在地 東京都城南区城南1-2-3 名称 ○△病院 医師・助産師名 日本 次郎			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	(15) 労務に服さなかった期間	令和 5 年 2 月 19 日 から	98 日間
		令和 5 年 5 月 27 日 から	
	(16) 労務・給与支払いの状況	別紙のとおり出勤簿・給与台帳を添付します。	
(17) 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 6 月 26 日 所在地 東京都○△区○△町1-1-1 事業主の名称 太陽生命保険株式会社 代表者名 ○○支社 ○○支社長 中央 太郎		受付日付印	

注意
事項
及
び
添
付
書
類

〔(6)と(15)の産前産後期間の算出〕
1. 予定日どおり又は、予定日より早く出産した場合 →産前は出産日から遡って42日前から対象(多胎の場合は98日前)
→産後は出産日の翌日から56日間が対象
2. 予定日より遅く出産した場合 →産前は出産日予定日から遡って42日前から対象(多胎の場合は98日前)
→産後は出産日の翌日から56日間が対象

〔添付書類について〕※事業所で用意し請求書に添付してください。
 (6)、(15)期間中の出社記録簿(写)
 (6)、(15)期間中の報酬台帳(写)

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。