

## 健康保険出産手当金請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証	記号	番号	(2) 事業所の名称	
	(3) 被保険者の氏名			(4) 被保険者の生年月日	
	(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 年 月 日
			分娩日		令和 年 月 日
	(6) 出産のため休んだ期間		令和 年 月 日 から		
			令和 年 月 日 まで		
(7) 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
普通					
(8) 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 〒 TEL ( ) 被保険者の住所 (請求者の) フリガナ 氏名					

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 年 月 日	(11) 出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎
	(10) 分娩年月日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)
	(12) 正常分娩または異常分娩の別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	(13) 生産または死産の別	<input 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 年 月 日 TEL ( ) 医療施設の所在地 名称 医師・助産師名			

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 年 月 日 から	日間	
	(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 年 月 日 所在地 事業主の名称 代表者名			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日間を対象	
	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日間を対象	
	【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。		
<input type="checkbox"/> (6)、(15)期間中の出社記録簿(写) <input type="checkbox"/> (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。			