

所属 支社名	
連絡先 (IPコード・内線等)	担当者名

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	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	昭・平 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		日間	
		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	名義人(カナ)
			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
		令和 年 月 日 まで	
	(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	

添 付 書 類 及 び 注 意 事 項	(添付書類について)※事業所で用意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)		
	(記入上の注意事項)		
	[(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			