

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) 被保険者等	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	☐ 単胎	
	(10) 分娩年月日	令和 年 月 日		☐ 多胎 (児)	
	(12) 正常分娩または 異常分娩の別	☐ 正常 ☐ 異常		(13) 生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠 か月)
	(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	

添 付 書 類 及 び 注 意 事 項	(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。 ☐ 産前産後期間(法定期間)中の出社記録簿 ☐ 産前産後期間(法定期間)中の報酬台帳・給与台帳 (例)営業職員4月分の請求は5月25日支払の4月分の報酬台帳を添付 ☐ 報酬台帳に精算額がある場合は「定例報酬台帳(精算用)」	
	(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

※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。