

出産手当金請求書

年 月 日提出

本人記入欄			
事業所名		所属部署	
被保険者等 記号・番号	記号	番号	
被保険者名	⑩*	被保険者 連絡先	E-MAIL: TEL: - -
被保険者住所			
被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	分娩の日	年 月 日 時頃
分娩のため 仕事を休んだ 期間 (暦日期間)	年 月 日から 年 月 日まで()日間		
休んだ期間中有給 休暇や給料を受け られる日があるとき はその期間 (暦日期間)	年 月 日から 年 月 日まで()日間		

*被保険者が自筆(手書き)の場合は押印省略可

<必ずお読みいただきチェックを入れてください>

確認事項	<input type="checkbox"/> 申請書のご記入漏れが無いかご確認ください
振込	<ul style="list-style-type: none"> ・出産手当金は被保険者給与口座に振込まれます ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します
申請書提出先	各事業所の健康保険担当者に提出

健康保険組合使用欄	
産前	
産後	

出産手当金請求書(裏面)

医師の意見欄

患者氏名			
出産予定年月日	令和 年 月 日 予定		
出産年月日	令和 年 月 日 出産		
正常分娩又は異常分娩	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
出生児の数	単胎・多胎 (児)	入院費用の負担	自費 ・健康保険診療
入院して出産した時はその期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで()日間		
上記のとおり相違ありません			
		年 月 日	印
医療機関所在地 医療機関名称 電話 主治医氏名			

事業主証明欄

給与・賃金の所定額			休業等不就業期間	
支払項目	所定額	支払形態	年 月 日から	年 月 日まで
		月給・月額不就業控除・その他()	()日間	
		月給・月額不就業控除・その他()		
		月給・月額不就業控除・その他()	退職日以降の報酬支払日 ※資格喪失前後の受給の場合のみ記入	
		月給・月額不就業控除・その他()		
		時給()円⇒日額換算()円		
通勤手当				
計				
事業主 添付書類	休業期間の 勤怠表	公休日・年休・欠勤・出勤等の勤怠の記載のあるものをご提出ください 記載が無い場合は付記ください		
	休業期間の実績が反映された給与計算台帳	給与計算台帳を添付ください 無い場合は賃金の額分かる書類をご提出ください ※賃金の計算方法(欠勤控除の計算、療養休職手当等)を給与明細の空欄にご記入ください		
注意事項	資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回目申請については事業主証明が必要です 資格喪失後受給の場合、給付金のお知らせは事業所経由で送付させていただきます			
上記のとおり証明します			事業所担当部署	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			年 月 日	係
				長