

健康保険出産手当金請求書（第 回）

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 支給額計算			⑥ 給 付 記録番号			⑦ 受取代理人			⑧ 受付年月日					
	①			5 : 昭 7 : 平 9 : 令			1 . 2 . 3 . 4 .			※			※ 0 : 無 1 : 有			※ 年 月 日					
	⑨ 被 保 険 者 (請 求 者) の氏名と印			(フリガナ)						⑦ 事業所 の名称											
	⑩ 被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所			⑩ 郵 便 番 号			-			(フリガナ)			(電話番号)								
	⑪ 住 所 コード			※						()											
	⑫ 分 べ ん の 日 和			年 月 日			⑬ 左記の⑫の分べん日 は実分べんですか又 は予定分べんですか			1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん											
	⑭ 分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間 (支 給 期 間)			自 年 月 日			日 数			⑯ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日			年 月 日			⑰ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額			千 円		
	⑱ うえの⑭に書いた期間の 部分の報酬を受けました か、又は受けられますか。			受けた・受けない			受けられる・受けられない			⑲ 報酬の支払を受けたとき又は 受けられるときは、その報酬 の額とその報酬支払の基礎と なった(なる)期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 円								
	分べんで入院したときはその旨			⑳ 病院名			㉑ 病院の 所在地														
	被扶養者がいる ときは、その者の			㉒ 氏 名			㉓ 生 年 月 日			㉔ 被 保 険 者 と の 続 柄											
⑳ 上記⑭の休んだ期間の うち健康保険又は公費 で入院した期間			自 年 月 日			日 数			(備 考)												
㉕ 上記⑭の休んだ期間の うち自費で入院した期 間			自 年 月 日			日 数															
⑳ 支給算出額 (手)			㉖ 調整減額コード			㉗ 海外表示			㉘ 特別支給コード			被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)									
						0. 国 内 1. 海 外															
事 業 主 が 証 明 す る 欄	㉙ 労働に服さなかった期間 ㉚ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																				
	産前産後期間 (出産が予定日より遅れた ときは、その日数を加算)			年 月			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												出勤		有給
	年 月 日から			年 月			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												計		
	年 月 日まで			年 月			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31														
	日間			年 月			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												日		日
㉛ うえの期間中 の分として、 報酬を全額又は 一部支給した 場合又は支給 する場合			㉜ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			円			月 日 支払 日額 円												
			㉝ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			円			月 日 支払 日額 円												
			㉞ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			円			月 日 支払 日額 円												
			㉟ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間			円			月 日 支払 日額 円												
㊱ 現在までもまた将来も支給 しない場合はその旨																		令和 年 月 日提出			
㊲ うえのとおり相違ないことを証明します。																		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div>			
事業主 住 所 〒 氏 名			令和 年 月 日																		
電話 (局) 番																					

◎記入の方法は、記入例をご確認ください。
※印欄は記入しないでください。

医師または助産婦が意見をかくところ	㉞ 分べん年月日	令和 年 月 日	㉟ 分べん予定年月日	令和 年 月 日	
	㉟ 正常分べん 又は 異常分べん の別	正 常・異 常	㊱ 生 産 死 又は 産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 月)	
	㊲ 入院して分 べんしたと きは、 その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	㊳ 入院費用 の 別	健保・公 費 自費・その他
	㊴ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	㊵ うえのとおり相違ありません。	令和 年 月 日			

住所 〒
職名 () 氏 名 印
電話 (局) 番

※	㉜ 減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額
	㉝ 全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	円

支払金融機関の欄	㉞ 金融機関 コード	㉟ 預金種別 1. 普通 2. 当座	㊲ 銀行 金庫 信組	本店 支店
	㊳ 口座番号	フリガナ 口座名義		

受取代理人の欄	㊴ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			
	被保険者 (請求者)	住 所 氏 名	令和 年 月 日	印
	㊵ 代理人の 氏名と印	(フリガナ)	㊶ 委任者と代理人との関係	
	代理人の 住 所	㊷ 郵便番号	-	(フリガナ)

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---