

# 健康保険出産手当金請求書

《捨印》

㊞

被 保 険 者	① 被保険者の 記号番号	記号 番号	② 被保険者（請求 者）の氏名・ 生年月日	昭・平 年 月 日	③ ㊞
	④ 被保険者 （請求者） の住所	フリガナ 〒 _____ 電話 ( )			
者 が 記	⑤ 事業所の 名称			⑥ 被保険者の 資格取得日	昭・平・令 年 月 日
	⑦ 分べん日	令和 年 月 日	⑧ 分べん予定日	令和 年 月 日	
入 す る と 委 任 状 を 申 出 す	⑨ ※分べんのため休んだ期間（請求期間）		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
	⑩ 上記の⑩の期間の報 酬を受けましたか、 又は今後受けられま すか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	⑪ 報酬の支払を受けた（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
⑫入院して出産したときは、その医療機関名					
名称		所在地		〒 _____	
⑬振込希望の銀行					
_____ 銀行		_____ 支店		(口 座 番 号) 1: 普通 2: 当座 _____	
口座名義 (フリガナ) _____					
被保険者 住所 _____ (請求者) 氏名 _____				年 月 日提出	
				㊞ ③と同一の印	
私は下記の代理人に保険給付金の受領に関する権限を委任します。					
受領代理人 住所 _____		氏名 _____ 電話 ( )			

## ※⑨の記入方法

分べんの日（分べんの日が分べん予定日後の場合は、分べん予定日）以前42日（多胎妊娠は98日）から分べんの日後56日の期間を記入してください。

※この申請書は事業所（人事部等）に提出してください。

※口座番号・口座名義のわかるページ（通帳の1枚めくった見開き）  
のコピーと一緒に送ってください。（1回目の申請のみ）

受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

事業主が証明するところ	⑮	被保険者氏名	
	⑯	⑨の期間のうち労務に服さなかった期間	⑰ 職場復帰しましたか
		令和 年 月 日 から	具体的な日付を記入してください ア. 欠勤中(証明日現在) イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職
		令和 年 月 日 まで	
		_____日間	は出勤のため除く
	⑱ 報酬の支給形態	⑳ 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)	
	ア. 月給制 イ. 日給制 ウ. 時間給制	・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき ) ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき ) その他 ( )	
	㉑ 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 名称 事業主氏名 電話 ( )		

医師または助産師が意見をかくところ	㉒	分べん日	令和 年 月 日	㉓	分べん予定日	令和 年 月 日
	㉔	正常・異常分べんの別	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	㉕	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 _____ヶ月)
	㉖	入院して分べんしたときはその期間	令和 年 月 日 から			日間
			令和 年 月 日 まで			
	㉗	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	㉘	入院費用の支払い	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	㉙ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 ⑳ 医療機関所在地 ㉑ 医療機関の名称 ㉒ 医師の氏名 ㉓ 電話 ( )					