

同 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
支 給 額	円
支 給 期 間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで
標 準 報 酬 月 額	千円
資 格 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険 出産手当金請求書

①(第 回)
請求日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者証の記号番号	記号		③ 被保険者の氏名	
		番号			
	④ 被保険者の現住所	〒			電話
	⑤ この請求は出産前、出産後のどちらですか。				
	出産前 ・ 出産後	出産予定日	令和 年 月 日	* 出産後のときは、予定日と出産日の両方にご記入ください。	
		出 産 日	令和 年 月 日		
	⑥ 出産のために休んだ期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	日間
* 退職者のみ記入してください。					
支 払 金 融 機 関	⑦ 金融機関名		支 店 名		
	預 金 種 目	普 通 ・ 当 座		口 座 番 号	
	口 座 名 義	(カナ)		* 口座名義は、請求者ご本人です。 * カナ欄も忘れずにご記入ください。	

委 任 状	⑧ 私は、事業主(会社)を代理人と定め、給与経由で出産手当金の受領を委任します。	
	本人 (申請者)	住所 氏名
	※代理人 (事業主)	住所 氏名

受 付 印

- \* 退職後6ヶ月以内の方、任意継続被保険者の方は記入不要です。
- \* 代理人欄は、事業主が記入します。申請者は記入しないで下さい。

### ※請求に当たっての留意事項

1. 出産手当金は、女性被保険者が分べんのため勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるものです。
2. ①は、請求を出産前と出産後の2回に分けて支給を希望の方は、何回目の請求か記入してください。
3. ②は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。

被保険者証の記号番号	記号		氏名	
	番号			

医師又は助産師の証明欄	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	出産後のときは 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヵ月 週)	出生児の数	単胎・多胎(児)
	上記のとおり相違ありません。			令和 年 月 日
住所				
医師または助産師の 氏名		Ⓜ		

事業主の記入欄

事業主の証明するところ	出勤状況	A: 労務に服さなかった期間 (有給休暇も含めて)		令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日間																												
		出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示して下さい。																															
		令和 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
		令和 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
		令和 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
		令和 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
	賃金の支給状況	A: 期間に対し賃金を支給しましたか？または今後支給しますか？		はい ・ いいえ ※はいの場合はB:を記入																													
		給与締日	日	給与支給日	( 当月 ・ 翌月 )	日																											
		賃金の名称	支給対象期間		支給日	支給額																											
		B: その他の賃金減額	地域手当	月 日 ~ 月 日	月 日	円																											
※欠勤分が未精算のときに記入	寮・社宅費(現物支給分)	月 日 ~ 月 日	月 日	円																													
	通勤手当	月 日 ~ 月 日	月 日	円																													
		月 日 ~ 月 日	月 日	円																													
[ 備考 ]																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。			令和 年 月 日																														
事業主(会社)	所在地 名称 代表者氏名																																
※被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。																																	