

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 日 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

通算で何回目の申請かを記載

健康保険 出産手当金請求書

①(第 1 回)

請求日 : 令和 6 年 8 月 7 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 1 番号 67891	③ 被保険者の氏名	岡村 華子	
	④ 被保険者の現住所	〒 123-0045 横浜市西区北幸1-4-1		電話 045-000-0000	
	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	平成・令和 6 年 6 月 3 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	平成・令和 6 年 6 月 5 日	
	⑥ 出産のために休んだ期間	平成・令和 6 年 4 月 23 日 ~ 平成・令和 6 年 7 月 31 日 100 日間			
	* 退職者のみ記入してください。				
	⑦ 支払金融機関	金融機関名	支店		
		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。	

氏名の自筆署名を確認
※この手当は
女性被保険者本人のみ有効

出産後請求の場合は産前・産後の一括申請

記載内容が出産手当金(添付)の医師証明と一致しているか確認

①の日数+②日数の合計
見本の場合=42+2+56

退職者以外は記入不要

受付印は健保で押印

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	横浜市西区北幸1-4-1 岡村 華子
	※代理人(事業主) 住所 氏名	事業主記載 ゴム印可

受付印

出産手当金を給与として支払・受取ための確認項目のため記入必須(退職者、任意継続被保険者は不要)

* 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	1	氏名	岡村 華子
	番号	67891		

医師又は助産師の証明欄	出産年月日	令和 6年 6月 5日	出産予定年月日	令和 6年 6月 3日
	出産後のときは 生産又は死産の別	(生産) ・ 死産 (妊娠 カ月 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 6年 6月 5日			
医師または助産師の		住所	横浜市南区上永谷1-100-100	
		氏名	横浜ウイメンズクリニック 医師 宮崎 敏夫 	

医師が記載
(本人記載は無効)

医師の押印は必須
住所、氏名はゴム印
可。押印シャチハタ
可(電子印不可)

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				
	賃金の支給状況	A:の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	
			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			
	※欠勤分が未精算のときに記入	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					

事業主が記載
(本人記載は無効)

※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。