

# 健康保険出産手当金請求書

## (被保険者の記載要領)

- ① 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の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、分べんの日（分べん日が分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日）以前 42 日（多児妊娠の場合においては 98 日）目から、分べんの日後 56 日目までの期間を限度として支給されます。分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
- ② 請求書を提出するとき現在までのことを、「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」にわけて○で囲んで下さい。
- ③ 給付金の受領方を他人に依頼するときのみ、受取代理人の欄に必要な事項を記入してください。

## 注意事項

- ・ 証明書等が外国語で記入されて入る場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ・ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号・番号		生年月日		被保険者（請求者）の氏名 (フリガナ)		事業所の名称		
			昭・平	年 月 日					
	被保険者の住所		〒						
	電話番号	自宅			携帯			勤務先	
	分べん予定日	令和 年 月 日			分べん日	令和 年 月 日			
	① 分べんのため休んだ期間（支給期間）	自	年 月 日	日数	被保険者の資格を取得した日	年 月 日			
		至	年 月 日	日					
② うえの①に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか。		はい ・ いいえ		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		年 月 日から 年 月 日まで の分として 円			
入院で分べんした時はその病院等の名称				病院等の所在地					

振込先	銀行 金庫	本店 支店	預金種別	口座番号	名義 (フリガナ)
			普通 当座 その他		

③ 受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者 住所 〒 (請求者) 氏名			
代理人の氏名	(フリガナ)	代理人の住所	〒	—
				電話 — —

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

(事業主の記載要領)

- ・④は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入して下さい。
- ・被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

(医師または助産師の記載要領)

- ・⑤⑥⑦⑧の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んで下さい。
- ・⑥の「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。

注意事項

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間		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。																															
	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	
	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	
	出勤	日	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
	有給	日	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
	うへ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	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額	円																			
		自	年	月	日	至	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額	円																			
		自	年	月	日	至	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額	円																			
		自	年	月	日	至	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額	円																			
自		年	月	日	至	年	月	日	日間	円	月	日	支払日額	円																				
④	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨																																	
うへのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 事業主 氏 名 電話 — —																																		

医師または助産師が意見を書くところ	分べん予定年月日	令和 年 月 日	分べん年月日	令和 年 月 日
	⑤ 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	⑥ 生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 何 月)
	入院して分べんした時はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	⑦ 入院費用の別 健 保 ・ 公 費 自 費 ・ そ の 他
	⑧ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		
	うへのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 医 療 機 関 名 医師・助産師の氏名 電話 — —			