

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くなり遅れた場合においては分べんの日後56日目までの期間に含まれます。
また将来のことを「受け

在職者が請求する場合

多児分娩でも請求書は1部

- 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。
- ・ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

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		事業所の名称		
	1	222222	昭平	50年1月1日	(フリガナ) サンヨウ カズコ 三陽 和子		株式会社 三陽商会		
	被保険者の住所		〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号						
	電話番号	自宅	03(2222)2222		携帯	080(2222)2222		勤務先	03(6453)3400
	分べん予定日	平成23年5月10日			分べん日	平成23年5月5日			
	① 分べんのため休んだ期間(支給期間)	自	23年3月25日		日数	被保険者の資格を取得した日	平成6年4月1日		
		至	23年6月30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。		受けた・受けない 受けられる・受けられない			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		平成 年 月 日から 平成 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	港病院			病院等の所在地	港区海岸2				

振込先	〇〇〇 銀行 金庫	△△△ 本店 支店	預金種別	口座番号	名義	(フリガナ) サンヨウ カズコ
			普通 当座 その他	1111111		三陽 和子

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。 平成 年 月 日					
	被保険者以外の口座に振り込むときは③受け取り代理人の欄も記入してください。					
代理人の氏名と印	(フリガナ)	代理人の住所	〒	—	電話	— —

(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。

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。													計	出勤	有給																		
	年 月 日から 年 月 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	日
	事業主に証明してもらいます。																	計	出勤	有給															
																		日	日	日	日														
	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	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	うえのとおり相違ないことを証明します。																																	
	平成 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	平成 年 月 日	分べん年月日	平成 年 月 日	
	⑤ 正常分べんまたは異常分べん	正 常 ・ 異 常	⑥ 生産または	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 何 月)	
	入院して分べんした時はその	病院で証明してもらいます。			保 ・ 公 費 費 ・ その他
	⑧ 出生児の数				単 胎 ・ 多 胎 (児)
	うえのとおり相違ありません。				
平成 年 月 日					
住所					
職名 ()					
氏 名					
☉ 電話 - -					

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

退職後に請求する場合

ただし、被保険者期間が継続して1年以上あり、退職時に出産手当金を受けている、または受給権がある場合、請求できます。

注 多児分娩でも請求書は1部

- ・ 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。
- ・ 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して氏名欄の認印を押し、その上に正しい字句を記入してください。

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		事業所の名称	
	1	222222	昭平	50年1月1日	(ワガガ) サンヨウ カズコ	三陽 和子	Ⓜ	株式会社 三陽商会
	被保険者の住所		〒105-0022 港区海岸1-2 汐留マンション102号					
	電話番号	自宅	03(2222)2222	携帯	080(2222)2222	勤務先	03(6453)3400	
	分べん予定日	平成23年5月10日			分べん日	平成23年5月5日		
	① 分べんのため休んだ期間(支給期間)	自	23年3月25日	日数	被保険者の資格を取得した日	平成6年4月1日		
		至	23年6月30日	98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。	受けた・受けない 受けられる・受けられない		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		平成 年 月 日から 平成 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	港病院			病院等の所在地	港区海岸2			

振 込 先	〇〇〇 銀行 金庫	△△△ 本店 支店	預金種別	口座番号	名義	(ワガガ) サンヨウ カズコ
			普通 当座 その他	1111111		三陽 和子

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。 平成 年 月 日					
	被保険者以外以外の口座に振り込むときは③受け取り代理人の欄も記入してください。					
代理人の氏名と印	代理人の住所		電話			

(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。

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。													計	出勤	有給																		
	年 月 日から 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
	うえ分と全額支給する場合	請求期間(1 ページ目①)の在職期間中について事業主に証明してもらいます。													出勤	有給																			
															日	日																			
															日	日																			
	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														支払日額	円																			
	うえのとおり相違ないことを証明します。															支払日額	円																		
	平成 年 月 日																																		
	住所																																		
事業主 氏 名															④ 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	平成 年 月 日	分べん年月日	平成 年 月 日
	⑤ 正異	⑥ 死産(妊娠 ヶ月)		健保・公費 自費・その他
	病院で証明してもらいます。			
	⑧ 出生児の数	単胎・多胎(児)		
	うえのとおり相違ありません。			
平成 年 月 日				
職名() 住所				
氏 名				
④ 電話 - -				