

※太枠内を訂正するときは、それぞれの訂正印にて訂正してください。

出産日が出産予定日後である時は出産の予定日以前42日前の日付を記入してください。(多児は98日)

保険証の記号と番号を記入してください。

出産のため仕事を休んだ期間を記入してください。

健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回)

1年9月14日提出

出産日の翌日から56日目の日付を記入してください。

請求期間内に出勤、有休がある場合には、その各日を正確に記入してください。

該当する箇所を○で囲んでください。

④欄の期間中に入院したときに、記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

入院されたときは、入院の区分、又被扶養者がいるときは、必ず記入してください。

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

① 被保険者証の記号 950	② 事業所の名称 愛鉄工業 株式会社	③ 給与の種類 月給 日給・月給 その他
④ 労務に服さなかった期間(請求期間) 1年5月4日から 101日間 1年8月12日まで	⑤ 分娩予定年月日 1年6月14日	⑥ 分娩年月日 1年6月17日
⑦ 産院または産科医院に転居されたときはその名称 名古屋産婦人科病院 〒123-4567 名古屋市中区五の丸 1-3-5	⑧ 労務に服さなかった期間中に報酬を受けたときは、その期間及び金額 1年5月4日から 1年5月6日まで 金額 17,307円	⑨ 上記期間内に出勤又は有給扱いとした年月日 出勤 1年5月4日 / 4 / 3 / / / / 有給 / / / / / / / / / / / / 休暇 1年5月4日 ~ 1年5月5日
⑩ 入院期間 1年6月17日から 1年6月19日まで 3日間	⑪ 入院の区分 被扶養者 の有・無 有・無 他 氏名	⑫ 入院費・健保・その他()
⑬ (引当) 払渡し希望銀行の口座 普通 当座 貯蓄 口座番号		

1年8月14日 〒453-0804 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

被保険者(請求者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地
被保険者(請求者)氏名 中村花子
TEL (052) 461-6131

□ 本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合のみ)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーを請求する場合は、備考欄に記入してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に記入してください。

⑭ 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 1年8月14日 被保険者氏名(請求者) 中村花子	委任された者の事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号 愛鉄工業 株式会社 代表取締役社長 愛鉄連太郎
---	---

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。
委任を希望される場合のみご記入ください。

※請求期間がすぎているから提出してください。

⑭ 労務に服さなかった期間 1年5月4日から 1年8月12日まで	⑮ 上記期間中に出勤又は有給扱いとした日 出勤 月/日 5/4 / / / / / / / / / / / / / / / / 有給 月/日 / / / / / / / / / / / / / / / / 休暇 5月5日 ~ 5月6日 / / / / / / / / / / / / / / / /	⑯ 給料の種類 月給・月給 その他	⑰ 給料締切日 20日締	⑱ 給料支払日 25日
⑲ 1ヶ月分の基本給(諸手当の額(支給の有無に関係なく記入))				
基本給 (1ヶ月 150,000円)	63,426	5月21日 0	6月21日 0	7月21日 40,385
通勤手当 (1ヶ月 6,730円)	2,847	5月20日 0	6月20日 0	7月20日 1,811
手当 (1ヶ月 円)				
手当 (1ヶ月 円)				
手当 (1ヶ月 円)				
合計	66,273	0	0	42,196

上記のとおり相違ないことを証明します。
1年8月25日
(記載者氏名 岡本太郎) 事業所の所在地 名古屋市中区栄二丁目10番19号
愛鉄工業 株式会社
代表取締役社長 愛鉄連太郎
TEL (052) 461-6131

⑳ 分娩年月日 1年6月17日	㉑ 分娩予定年月日 1年6月14日
㉒ 入院期間 1年6月17日から 10日間 1年6月26日まで	㉓ 出生児の数 (胎)・多胎 (児)
㉔ 健康保険で給付された入院の期間 1年6月17日から 3日間 1年6月19日まで	㉕ 牛産・死産の別 (牛産)・死産(妊娠ヶ月)
㉖ 入院費用の区分 自費・(健保)・その他	

上記のとおり相違ないことを証明します。
1年7月10日
医療機関所在地 名古屋市中区五の丸1-3-5
名古屋産婦人科病院
医師・助産師の氏名 名古屋 三郎
TEL (052) 222-2222

※労務に服さなかった期間の出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

本来支給すべき額を記入してください。(実際に支給する額ではありません。)

給料の締切単位ごとに記入してください。賃金台帳を見て正確に記入してください。

欠勤控除がある場合は、算式を記入してください。

法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

該当する箇所を○で囲んでください。

医療機関の印でなく医師の印を押印してもらってください。

一資格喪失後に出産手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合一
☆在職期間(被保険者であった期間)が1年以上ある方で退職された場合、退職日において、出産手当金を受給できる状態(*)であった方については、請求により出産手当金が支給されます。
*資格喪失後継続給付(法第104条)の支給要件が「...その資格を喪失した際に出産手当金の支給を受けているもの...」(有給休暇のため支給のものを含まず)とあることから、退職日より前日出産手当金を受けている場合であっても、退職日に労務に服した場合は継続給付は支給されなくなります。