健康保険　出産手当金請求書　（第　　回）

平成　年　月　日提出

※請求期間がすぎてから提出してください。

被保険者が記入するところ

①被保険者証の記号	番号	②事業所の名称	③給与の種類
			月給・日給月給・日給・時間給 その他（　　）

④労務に服さなかった期間（請求期間）	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	⑤分娩予定年月日	平成　年　月　日
		⑥分娩年月日	平成　年　月　日
⑦産院または病医院に収容されたときはその名称所在地及びその期間	名称	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	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで 金額　円
	所在地　〒　—	⑨上記期間内に出勤又は有給扱いとした年月日	出勤　月／日　/　/　/　/　/ 年　月　日～　年　月　日
			有給休暇　月／日　/　/　/　/　/ 年　月　日～　年　月　日
	期間　平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間	⑩仕事を休んだ期間の給料は	基本給　全額支給される・一部支給・支給されない
			諸手当　全額支給される・一部支給・支給されない
		⑪入院があるときは	入院の区分　自費・健保・その他（　　）
			被扶養者の有・無　有・無　氏名　他　名
⑫（ﾌﾘｶﾞﾅ）払渡し希望銀行の口座	銀行・信用金庫 本店・支店	普通・当座・貯蓄	店番　口座番号 口座名義人氏名　ﾌﾘｶﾞﾅ　氏名

上記のとおり請求します。

平成　年　月　日　〒　—

被保険者(請求者)住所

被保険者(請求者)氏名　㊞

TEL　（　　）　—

□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）

備考欄	

金額の受領を委任するときに記入するところ

⑬ 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

平成　年　月　日　被保険者氏名（請求者）　㊞

委任された者の
事業所名
住所
氏名　㊞

事業主が証明するところ

⑭労務に服さなかった期間	平成　年　月　日　から　平成　年　月　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　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/ 月　日～　月　日・月　日～　月　日				
	有給休暇	月／日　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/ 月　日～　月　日・月　日～　月　日				
⑯給料の種類	月給・日給月給・日給・時間給 その他（　　）	⑰給料締切日	日締	⑱給料支払日	当月 翌月　日	

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）	⑲基本給や諸手当の支給状況　（給料の締切単位に記入してください）				
	月　日 月　日	月　日 月　日	月　日 月　日	月　日 月　日	基本給・諸手当の控除の計算方法
基本給（1ヶ月　円）					
（1ヶ月　手当　円）					
（1ヶ月　手当　円）					
（1ヶ月　手当　円）					
（1ヶ月　手当　円）					
合計					

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　年　月　日

（記載者氏名　　）　事業所の所在地
名称
事業主の氏名　㊞

TEL　（　　）　—

※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。

医師または助産師が意見を記入するところ

⑳分娩年月日	平成　年　月　日	㉑分娩予定年月日	平成　年　月　日
㉒入院期間	平成　年　月　日から　日間 平成　年　月　日まで	㉓出生児の数	単胎・多胎　（　　児）
㉔健康保険で給付された入院の期間	平成　年　月　日から　日間 平成　年　月　日まで	㉕生産・死産の別	生産・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。

平成　年　月　日

医療機関所在地
名称
医師・助産師の氏名　㊞
TEL　（　　）　—

受付日付印

（平成29年1月1日　改）