

健康保険 出産手当金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	④ 事業所名称	
	①	②				
	⑤ 被保険者(申請者)の住所等	〒			⑥ 出産予定日	令和 年 月 日
		TEL ()			⑦ 出産日	令和 年 月 日
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間				
	⑨ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。				<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後受けない	
⑩ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の「傷病手当金」を受給していますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		

⑪ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合 農協 労働金庫		<input type="checkbox"/> 普通(総合口座)				
	本店	店番号(3ケタ)	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右づめで記入してください)			
	支店						
	出張所						

医師・助産師が意見を記入するところ	ア. 出産者氏名					
	イ. 出産予定年月日	令和 年 月 日	ウ. 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		
	エ. 出産年月日	令和 年 月 日	オ. 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		
	上記のとおり相違ありません。					
	医療施設の所在地	令和 年 月 日				
医療施設の名称						
医師・助産師の氏名	電話 ()					

令和 年 月 日提出

受付目付印

- ・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。
- ・また、その期間を含む賃金計算期間とその1ヵ月前の賃金台帳と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。

事業主が証明するところ	記号	番号	氏名																																
	1. 給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他()																																
	2. 賃金計算		締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日	備考																												
	3. 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合は別紙の報酬支払明細書に記入してください。)																																		
	4. 勤務状況 出勤は○で、有給は△で、欠勤は／で、公休日は公で、それぞれ記入してください。							出勤	有給																										
	1) 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	計	日	日
	2) 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	計	日	日
	3) 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	計	日	日
	4) 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	計	日	日
	5) 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	計	日	日
6) 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	計	日	日	
上記のとおり相違ないことを証明いたします。							令和 年 月 日																												
事業所所在地																																			
事業所名称																																			
事業主氏名							電話 ()																												

社会保険労務士記載欄	
------------	--