

# 健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

被保険者が記入するところ	① 被保険者の記号と番号		000 ----- 0000		② 被保険者の氏名と印		フリガナ <u>ケンボ アイコ</u> 健保 <u>愛子</u> <span style="float: right; border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>		平成 <u>〇〇</u> 年 <u>5</u> 月 <u>1</u> 日生							
	③ 被保険者の現住所						〒 <u>000-0000</u> <u>〇〇</u> 県 <u>〇〇</u> 市 <u>〇〇</u> 町 <u>1-1</u>		④ 連絡先		<u>000 (000) 0000</u> <u>090 (000) 0000</u>					
	(ア) 事業所の名称						<u>〇〇〇〇株式会社</u>		(イ) 被保険者の資格を取得した日		平成 <u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日					
	⑤ 分べんの日		平成	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	分べん 予定日	平成	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	⑥ 左記の○の分べん日は実分べんですか又は予定分べんですか	1. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">実分べん</span> 2. 予定分べん	
	⑦ 出産のため休んだ期間 (支給期間)						自	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	日 数	(ウ) 被保険者の標準報酬月額		<u>〇〇〇</u> 千円
	(エ) うえの、○に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか						受けた <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">受けない</span> 受けられる・受けられない		(オ) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった期間				平成 <u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日から 平成 <u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日まで	円		
	分べんで入院したときはその旨		(カ) 病院名		<u>〇〇〇〇病院</u>		(キ) 病院の所在地		<u>〇〇</u> 県 <u>〇〇</u> 市 <u>〇〇</u> 町 <u>2</u>							
	⑧ 上記⑦の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院した期間		自	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>	日 数	(備考)		
	⑨ 上記⑦の休んだ期間のうち自費で入院した期間		自	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	<u>〇</u>	日 数			

事業主が証明する欄	(ケ) 労務に服さなかった期間		(コ) 出勤は○で、有給は△で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。									
	年 月 日から		年	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031	計		出勤	有給			
	年 月 日まで		年	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031							
	日間		年	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031							
			年	月	12345678910111213141516171819202122232425262728293031							
	(サ) 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		⑨	年	月	日	年間	円	月	日	日支払日額	円
			⑩	年	月	日	年間	円	月	日	日支払日額	円
			⑪	年	月	日	年間	円	月	日	日支払日額	円
			⑫	年	月	日	年間	円	月	日	日支払日額	円
	(シ) 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨		平成 <u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日 提出									
(ス) うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 <u>  </u> 年 <u>  </u> 月 <u>  </u> 日 住 所 事 業 主 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">受 付 日 付 印</div>										
(セ) 担当者氏名		(ソ) 連絡先		(            )								

医師または助産婦が意見をかくところ	(ト) 出産年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	出産予定年月日	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日	
	(チ) 正常出産又は以上出産の別	正 常 ・ 異 常	(ツ) 生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ○ 月)	
	(テ) 出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)			
	(ト) 入院して出産したときは、その期間	平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日から 平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日まで	日間	(ナ) 入院の費用の別	健 保 ・ 公 費 自 費 ・ その他
	(ニ)	<p>うえのとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日</p> <p>住 所 (所在地) ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 2</p> <p>医 療 機 関 名 ○ ○ ○ ○ 病 院</p> <p>氏 名 ○ ○ ○ ○ (印)</p> <p>電 話 ○ ○ ○ ( ○ ○ ○ ) △ △ △ △</p>			

●振込先を記入して下さい。(★フリガナは必ず記入してください)

○○	銀行・信金 農協・信組	普 通 ・ 当 座 貯 蓄 ・ その他	口座 番号	0	0	0	0	0	0	0
○○	支店	★フリガナ	ケンポ タロウ							
		口座名義	健保 太郎							

※ 振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。

平成 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

被保険者 (請求者)	住所	○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 1 - 1	(印)
	氏名	健保 太郎	
受 任 者	住所	○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 1	(印)
	氏名	○ ○ ○ ○	