

”健康保険被保険者証”をご
覧のうえでご記入下さい。

”健康保険被保険者証”の「資格
取得年月日」をご記入下さい。

健康保険出産手当金請求書（第 回）

◎記入の方法は、記入例をご確認ください。
※印刷は記入しないで下さい。

① 被保険者の記号・番号 1 2 3 4 5 6 7	④ 生年月日 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 0.	⑤ 支給額計算 1. 2. 3. 4.	⑥ 給付記録番号 ※ 0: 無 1: 有	⑦ 受取代理人 ※ 0: 無 1: 有	⑧ 受付年月日 年 月 日
⑨ 被保険者(フリガナ) ケンボ ハナコ の氏名と印 健保 花子		⑦ 事業所の名称 オートバックス〇〇〇			
⑩ 被保険者(請求者)の住所 ⑩ 郵便番号 123-4567 ⑪ 住所コード 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	⑪ 電話番号 03 (1234) 5678				
⑫ 分べんの日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	⑬ 左記の⑫の分べん日は実分べんですか又は予定分べんですか 1. 実分べん(分べん予定日 〇年 〇月 〇日) 2. 予定分べん				
⑭ 分べんのため休んだ期間(支給期間) 自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日	⑯ 被保険者の資格取得した日 〇 年 〇 月 〇 日	⑰ 被保険者の標準報酬月額 千円	1. 実際に分べんした日 2. 予定日		
⑰ うえの⑯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・受けない 受けられる・受けられない	⑱ 報酬の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支払の基礎となった(なる)期間 平成 〇 年 〇 月 〇 日から 平成 〇 年 〇 月 〇 日まで の分として 〇〇〇 円				
⑲ 病院名 〇〇〇病院	⑳ 病院の所在地 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3				
㉑ 被扶養者がいるときは、その氏名 〇 氏名 〇 生年月日 〇 年 〇 月 〇 日	㉒ 被保険者との続柄				
㉓ 上記⑲の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院したとき 自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日	㉔ 上記⑲の休んだ期間のうち自費で入院したとき 自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日	(備考)			
⑳ 支給算出額(手)	㉑ 調整減額コード	㉒ 海外表示	㉓ 特別支給コード	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
⑳ 労務に服さなかった期間 ㉑ 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。					
産前産後期間 (出産が予定日より遅れたときは、その日数を加算)	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	出勤	有給	
年 月 日から	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		
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			
日間		22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	日
㉕ 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は支給する場合	⑳ 日額 円	㉖ 日額 円	㉗ 日額 円	㉘ 日額 円	㉙ 日額 円
㉚ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨	平成 年 月 日提出				
㉛ うえのとおり相違ないことを証明します。	受付日付印				
事業主 住所 〒 平成 年 月 日 氏名 〇 電話 (局) 番 〇					

事業主の記入欄です。

分べん年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日	分べん予定年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日
正常分べん又は異常分べんの別 異常	生 産 又は 死 産 (妊娠 〇 月)
入院して分べんしたときは、その期間 平成 〇 年 〇 月 〇 日から 平成 〇 年 〇 月 〇 日まで	入院費用の別 健保・公費 自費 ・その他
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 〇 年 〇 月 〇 日	
必ず証明をいただいで下さい。 職名(医師) 住所 〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 氏名 〇〇病院 〇〇〇 電話(〇〇局) 1234-5678 番	
⑳ 減額期間 期間 自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日 日数 〇 日 金額 〇 円	㉑ 全部不支給 期間 自 〇 年 〇 月 〇 日 至 〇 年 〇 月 〇 日 日数 〇 日
⑳ 支払金融機関の欄 金融機関コード 〇〇〇〇 口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	㉒ 預金種別 1. 普通 2. 当座 銀行 〇〇 金庫 〇〇 本店 〇〇 支店 〇〇 フリガナ ケンボ ハナコ 口座名義 健保 花子
㉓ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の住所 平成 年 月 日 氏名 〇	
㉔ 代理人の氏名と印 (フリガナ)	㉕ 委任者と代理人との関係
㉖ 代理人の住所 郵便番号 - 住所コード	(フリガナ)
社会保険労務士の提出代行者印	〇