

健康保険出産手当金請求書（第 回）

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 支給額計算		⑥ 給 付 記録番号		⑦ 受取代理人		⑧ 受付年月日												
	①	②	③	1 : 明 3 : 大 5 : 昭 7 : 平	年	月	日	1 . 2 . 3 . 4 .	※	※	※ 0 : 無 1 : 有	※	年	月	日										
	⑨ 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 と 印			(フリガナ)				⑦ 事業所 の 名 称																	
	⑩ 被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所			⑩ 郵 便 番 号		-		(フリガナ)		(電話番号)															
	⑪ 住 所 コード			※						()															
	⑫ 分 べ ん の 日 成			年		月		日		⑬ 左記の⑫の分べん日 は実分べんですか又は は予定分べんですか		1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん													
	⑭ 分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間 (支 給 期 間)			自		年		月		日		日 数		⑮ 被 保 険 者 の 資 格 を 取 得 し た 日		年		月		日		⑯ 被 保 険 者 の 標 準 報 酬 月 額		千 円	
	⑰ う え の ⑭ 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 不 可 受 け ら れ 不 可 ・ 受 け ら れ 可				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 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで の 分 と し て 円													
	分 べ ん で 入 院 し た と き は そ の 旨			⑲ 病 院 名				⑳ 病 院 の 所 在 地																	
	被 扶 養 者 が い る と き は、そ の 者 の			㉑ 氏 名				㉒ 生 年 月 日				㉓ 被 保 険 者 と の 続 柄													
⑳ 上 記 ⑭ 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		年		月		日		日 数		(備 考)												
㉔ 上 記 ⑭ の 休 ん だ 期 間 の う ち 自 費 で 入 院 し た 期 間			自		年		月		日		日 数														
⑳ 支 給 算 出 額 (手)			㉕ 調 整 減 額 コード			㉖ 海 外 表 示			㉗ 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)													
						0. 国 内 1. 海 外																			
事 業 主 が 証 明 す る 欄	㉘ 労 務 に 服 さ な か っ た 期 間 ㉙ 出 勤 は ○ で、有 給 は △ で、公 休 は 公 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			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		日				
㉚ 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			㉛ (自)		年		月		日		㉜ (至)		年		月		日		日 間		円		月 日 支 払 日 額 円		
			㉛ (自)		年		月		日		㉜ (至)		年		月		日		日 間		円		月 日 支 払 日 額 円		
			㉛ (自)		年		月		日		㉜ (至)		年		月		日		日 間		円		月 日 支 払 日 額 円		
			㉛ (自)		年		月		日		㉜ (至)		年		月		日		日 間		円		月 日 支 払 日 額 円		
㉝ 現 在 ま で も ま た 将 来 も 支 給 し 不 可 場 合 は そ の 旨														平成 年 月 日 提 出											
㉞ う え の と お り 相 違 不 可 を 証 明 し ま す。														受 付 日 付 印											
事 業 主 住 所 〒 氏 名			平成 年 月 日																						
電 話 (局) 番																									

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎記入の方法は、記入例をご確認ください。

医師または助産婦が意見をかくところ	⑦ 分べん年月日	平成 年 月 日	⑧ 分べん予定年月日	平成 年 月 日	
	⑨ 正常分べん 又は 異常分べん の別	正 常・異 常	⑩ 生 産 死 又は 産 の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 月)	
	⑪ 入院して分 べんしたと きは、 その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	⑫ 入院費用 の 別	健保・公 費 自費・その他
	⑬ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)			
	⑭	うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所 〒 職名 () 氏 名 印 電話 (局) 番			

※	⑮ 減 額 期 間	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	金 額
	⑯ 全 部 不 支 給	期間	自	年 月 日	至	年 月 日	日 数	円

支払金融機関の欄	⑰ 金融機関 コード	⑱ 口座番号	⑲ 預金種別 1. 普通 2. 当座	⑳ 銀行 金庫 信組 本店 支店 フリガナ 口座名義
----------	------------------	-----------	-----------------------------	-------------------------------------------------

受取代理人の欄	㉑ 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 住所 平成 年 月 日 (請求者) 氏 名 印			
	㉒ 代理人の 氏名と印	(フリガナ)	㉓ 委任者と代理人との関係	
	代理人の 住 所	㉔ 郵便番号	-	(フリガナ)
		㉕ 住所コード		

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---