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。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

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	5：昭 7：平 9：令　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）　㊞	㋐ 事業所の名称	

⑪ 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	令和　年 月 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　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　日	㋑ 被保険者の資格を取得した日	年 月 日	㋒ 被保険者の標準報酬月額	千円
	至　年 月 日					

㋓ 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・受けない 受けられる・受けられない	㋔ 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	令和　年　月　日から 令和　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

㋕ 病院名		㋖ 病院の所在地	

被扶養者がいるときは、その者の	㋗ 氏名	㋘ 生年月日　年 月 日	㋙ 被保険者との続柄

⑮ 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　日	（備考）
	至　年 月		
㋚ 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　日	
	至　年 月 日		

※	⑯ 支給算出額（手）	⑰ 調整減額コード	⑱ 海外表示	⑲ 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

㋛ 対象期間	㋜ 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。		出勤	有給
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 日から 年 月 日まで 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	計	日	日
	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			
	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			
	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			
	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			

㋝ 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		(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月額 日支払 円
	⑳				
	㉑				
	㉒				
	㉓				

㋞ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨

㋟ うえのとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業主　住所 〒

氏名

電話　（　局）　番

令和　年　月　日提出

受付日付印

オートバックス健康保険組合

医師または助産婦が意見をかくところ

㋒ 分べん年月日	令和　年　月　日	㋓ 分べん予定年月日	令和　年　月　日
㋔ 正常分べん又は異常分べんの別	正　常・異　常	㋕ 生産又は死産の別	生　産　・　死　産　（妊娠　ヶ月）
㋖ 入院して分べんしたときは、その期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	㋗ 入院費用の別	健保・公　費 自費・その他
㋘ 出生児の数	単　胎　・　多　胎（　児）		

㋙

うえのとおり相違ありません。

令和　年　月　日

住　所　〒

職名（　）

氏　名　㊞

電話（　局）　番

※

㉔ 減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日	金額		円
㉕ 全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日数	日			

支払金融機関の欄

㉖ 金融機関コード		㉗ 預金種別	1．普　通 2．当　座
㉘ 口座番号		㋚	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

㋛

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）　住　所

氏　名　㊞

令和　年　月　日

㉙ 代理人の氏名と印	（フリガナ） ㊞	㋜ 委任者と代理人との関係	
代理人の住所	㉚ 郵便番号　－	（フリガナ）	
	㉛ 住所コード		

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

オートバックス健康保険組合