

”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。
◎※印欄は記入しないでください。

①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	
1234567		000000		1.2.3.4.		※0:無 1:有		※0:無 1:有		※0:無 1:有	
⑨被保険者 (フリガナ) ケンボ ハナコ の氏名と印		⑩郵便番号 123-4567		⑪住所コード 000000		⑫事業所 の名称 オートバックス0000					
⑬被保険者 (請求者) の住所		⑭郵便番号 123-4567		⑮住所コード 000000		⑯電話番号 (234) 5678					
⑰分べん の日		⑱左記の⑰の分べん日 は実分べんですか又は は予定分べんですか		⑲実分べん (分べん予定日 00年00月00日) 2. 予定分べん							
⑳分べんのため 休んだ期間 (支給期間)		㉑被保険者の 資格取得 した日		㉒被保険者の 標準報酬 月額		千円					
㉓うえの㉑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。		㉔受けた・受けない 受けられる・受けられない		㉕報酬の支払を受けたときは 受けるべきは、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00年00月00日から 令和00年00月00日まで の分として 0000 円					
㉖病院名 0000病院		㉗病院の 所在地 0000市0000-1-2-3									
㉘被扶養者がいる ときは、その者の		㉙氏名 0000		㉚生年月日 000000		㉛被保険者との続柄					
㉜上記㉜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00年00月00日から 至00年00月00日まで		日数 0000		(備考)					
㉝上記㉜の休んだ期間の うち自費で入院した期 間		自00年00月00日から 至00年00月00日まで		日数 0000							
㉞支給算出額(手)		㉟調整減額コード		㊱海外表示		㊲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							
㊳対象期間		㊴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 12345678910111213141516171819202122232425262728293031		出勤 有給							
年 月 日から		年 月 12345678910111213141516171819202122232425262728293031		計							
年 月 日まで		年 月 12345678910111213141516171819202122232425262728293031									
日間		22232425262728293031		日 日							
㊵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		㊶(日) 年 月 日 (日) 年 月 日		㊷(日) 年 月 日 (日) 年 月 日		㊸(日) 年 月 日 (日) 年 月 日		㊹(日) 年 月 日 (日) 年 月 日		㊺(日) 年 月 日 (日) 年 月 日	
㊻現在までもまた将来も支給 しない場合はその旨		令和00年00月00日提出									
㊼うえのとおり相違ないことを証明します。		令和00年00月00日									
事業主住所〒		令和00年00月00日									
事業主氏名		電話 () 局 番									

事業主の記入欄です。

㊿分べん年月日	令和00年00月00日	㊿分べん予定年月日	令和00年00月00日
㊿正常分べん 又は 異常分べん の別	正・常・異・常	㊿生 産 死 又は 産 の別	正・常・死・産 (妊娠 ヶ月)
㊿入院して分 べんしたと きは、 その期間	令和00年00月00日から 令和00年00月00日まで	㊿入院費用 の別	健保・公費 自費・その他
㊿出生児の数	単胎・多胎 (児)		
㊿うえのとおり相違ありません。			
令和00年00月00日			
必ず証明をいただいて下さい。			
職名 (医師) 住所 〒 123-4567 0000市0000-1-2-3 氏名 0000病院 0000 印 電話 (0000局) 1234-5678 番			
㊿減額期間	期間 自 年 月 日 至 年 月 日	日数	金額 円
㊿全部不支給	期間 自 年 月 日 至 年 月 日	日数	
㊿支払金融機関の欄	㊿金融機関 コード 000000	㊿口座番号 0000000000	㊿預金種別 1. 普通 2. 当座 銀行 0000 本店 支店 金庫 0000 信組
㊿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 令和00年00月00日 (請求者) 氏名 印			
㊿代理人の 氏名と印	(フリガナ)	㊿委任者と代理人との関係	
㊿代理人の 住所	㊿郵便番号 -	㊿住所コード	
社会保険労務士の 提出代行者印			