

健康保険 出産手当金請求書

被保険者（請求者）記入欄

被 保 険 者 情 報	請求年月日	令和 年 月 日	事業所（会社） の名称	
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	氏名 (フリガナ)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日（歳） <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日（歳）		
連絡先住所・ 電話番号	(〒 -) (TEL :)			
請 求 内 容	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
	出産のために休んだ期間（請求期間）と日数		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間
確 認 事 項	上記の出産のため休んだ期間（請求期間）に報酬（給与）を受けましたか。または今後受けられますか。		<input type="checkbox"/> はい（報酬額 円） <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記で「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった期間をご記入ください。		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	委任状	給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名		

K004

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印

健康保険 出産手当金請求書

事業主証明欄・医師の意見欄

※勤務表（写）と賃金明細（写）を添付してください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名							
	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで _____ 日間					
	上記期間中の年休、欠勤、休職等の期間		年休	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで _____ 日間				
			欠勤	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで _____ 日間				
			休職	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで _____ 日間				
			()	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで _____ 日間				
	上記期間中、賃金を支給しましたか(しますか)?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 ()		給与計算締日	_____ 日
					給与支給日	□当月・□翌月 _____ 日		
	上記期間中の報酬記入欄 (記入欄が足りない場合は別紙を添付してください。)							
	期間／区分	単価	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	月 日 ～ 月 日分	<備考>		
		支給額	支給額	支給額				
基本給		_____ 円	_____ 円	_____ 円				
通勤手当		_____ 円	_____ 円	_____ 円				
手当		_____ 円	_____ 円	_____ 円				
手当		_____ 円	_____ 円	_____ 円				
計		_____ 円	_____ 円	_____ 円				
(担当者氏名) _____)								
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日								
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号								

医師・助産師が証明するところ	出産者氏名						
	出産予定年月日		令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (_____ 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 _____ 週)		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
	医療機関等の名称 医師・助産師の氏名 電話番号						

K004

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。