

記入例

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

健康保険 出産手当金請求書

被保険者（請求者）記入欄

1 被 保 険 者 情 報	請求年月日	令和 ○年 ○○月 ○○日	事業所（会社） の名称	株式会社○○○○○
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	(フリガナ) ケホ ハコ
		1 2	3 4 5 6 7	氏名
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ○○年 ○○月 ○○日 (XX歳) <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○○年 ○○月 ○○日 (XX歳)		
連絡先住所・ 電話番号	(〒 105-0000) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○)			
2 請 内	出産予定日	令和 ○年 ○○月 ○○日	出産日	令和 ○年 ○○月 ○○日
	3 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 ○○日間 令和 ○年 ○月 ○日 まで		
4 認 事	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 checked="" type="checkbox"/> はい（報酬額 300,000円） <input type="checkbox"/> いいえ		
	5 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 ○○日間 令和 ○年 ○月 ○日 まで		
6 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 健保 花子			

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。

- ◆受給要件
 - 被保険者が出産のために仕事を休み給料等がもらえないとき。
 - ※給料等をもらっていても、その額が出産手当金より少ないときは差額が支給されます。
 - ※傷病手当金と出産手当金を同時に受けられるようになったときは、出産手当金の支給が優先されます。ただし、出産手当金の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が傷病手当金として支給されます。
- ◆「被保険者（請求者）記入欄」記入要領（記入例の番号と照合してください）
 - 共通：□は該当するものに✓をご記入ください。
 - ①本請求書を事業所（会社）に提出する日をご記入ください。
 - ②出産後に請求する場合は、出産予定日、出産日ともにご記入ください。
 - ③土日祝日会社休日等を含めてご記入ください。
 - ④請求期間内の報酬（給与）支払いについてご記入ください。
 - ⑤④の支払い基礎期間をご記入ください。
 - ⑥給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。
- ◆送付先
 - ・事業所（会社）の健康保険手続き担当者
- ◆その他
 - ・労務に服さなかった日ごとにその翌日から起算して2年を経過した場合は請求ができません。
 - ・毎月25日までに到着した請求分を翌月給与に合算して支給いたします。
 - ・給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。

※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。

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。

7	被保険者氏名	健保 花子				
	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				
8	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			
9	上記期間中、賃金を支給しましたか（しますか）？	<input checked="" type="checkbox"/> はい	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給	給与計算締日	末日
		<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他（ ）	給与支給日	<input checked="" type="checkbox"/> 当月・ <input type="checkbox"/> 翌月 25日
10	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／	○月 ○日	○月 ○日	○月 ○日	<備考>	
	区分	～○月 ○日分	～○月 ○日分	～○月 ○日分	●歩引き計算式：	
	単価	支給額	支給額	支給額	基本給÷所定労働時間	
	基本給	300,000 円	円	300,000 円	×45%×所定労働時間	
	通勤手当	10,000 円	(前月払い) 10,000 円	円	×欠勤日数	
	住宅手当	30,000 円	円	30,000 円	●通勤費精算式：	
手当	円	円	円	月額÷30×欠勤日		
計	340,000 円	円	円	円		
11	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	（担当者氏名 △△ △△）					
	令和 ○年 ○月 ○日					
	事業所所在地	東京都○区△△○丁目○○番○○号				
	事業所名称	株式会社○○○○○				
事業主氏名	代表取締役社長 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
電話番号	03-0000-0000					

【事業主の方へ】

◆「事業主証明欄」記入要領（記入例の番号と照合してください）

共通：□は該当するものに✓をご記入ください。

⑦申請期間内の休んだ日を土日祝日会社休日等含めてご記入ください。

⑧労務に服さなかった期間中の休業種別、期間、日数をご記入ください。（勤務表で確認できる場合は省略可）

⑨賃金支給がある場合、給与の種類、給与計算締日および給与支給日もご記入ください。

⑩賃金支給がある場合、こちらにご記入ください。前払い、翌月以降精算等は月ごとに分けてご記入ください。

<備考>には欠勤控除等の計算式をご記入ください。（賃金明細余白にご記入いただく場合はその旨）

⑪担当者氏名欄は記入担当者をご署名ください。

◆添付書類

証明した期間の勤務表（写）、賃金明細（写）

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	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産
		<input type="checkbox"/> 多胎 → (児)		<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。