

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	2 事業所（会社） の名称	任意継続			
	被保険者等 記号・番号	記号	番号	氏名	(フリガナ)		
		1 2	3 4 5 6 7		ケンボ ハナコ 健保 花子		
	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-○○○○-○○○○)						
3 求 内	出産予定日	令和 ○年 ○○月 ○○日	出産日	令和 ○年 ○○月 ○○日			
	4 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			
5 認 事	5 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					
	6 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			
7 認 事	7 受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します					
	8 認 事	金融機関名称	ゆうちょ 銀行 一二三 支店（出張所）				
預金種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義		ケンボ ハナコ					

K004 退

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。
 - ※給料等をもたらせていても、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本請求書を健保組合に送付する日をご記入ください。
 - ②任意継続被保険者の方は『任意継続』とご記入ください。その他の方は退職した会社名をご記入ください。
 - ③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。
 - ④土日祝日会社休日等を含めてご記入ください。
 - ⑤請求期間内の報酬（給与）支払いについてご記入ください。
 - ⑥⑤の支払い基礎期間をご記入ください。
 - ⑦マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する方は□に✓をご記入ください。
 - ⑧公金受取口座を利用しない方はご記入ください。ゆうちょ銀行を指定される方は、振込専用の店名（漢数字3文字）、口座番号をご記入ください。
- ◆送付先
 - ・退職後に在職期間中の分を請求する方 … 事業所（会社）の健康保険手続き担当者
 - ・退職後の継続給付初回請求の方 … 事業所（会社）の健康保険手続き担当者
 - ・退職後の継続給付2回目以降の方 … 健保組合
- ◆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25日（休日の場合は前日）に給付いたします。
 - ・任意継続の方の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。その他の方には給付金明細が記載された『保険給付決定支払通知書』を送付いたします。

※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。

9	被保険者氏名	健保 花子				
	9 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				
10	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				
11	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	
		<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> その他 ()	
12	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	○月 ○日 ~○月 ○日分	○月 ○日 ~○月 ○日分	○月 ○日 ~○月 ○日分	<備考> ●歩引き計算式: 基本給÷所定労働時間 ×45%×所定労働時間 ×欠勤日数 ●通勤費精算式: 月額÷30×欠勤日
		単価	支給額	支給額	支給額	
	基本給	300,000 円	円	300,000 円	(翌月歩引き) △134,408 円	
	通勤手当	10,000 円	(前月払い) 10,000 円	円	(翌月精算) △6,666 円	
	住宅手当	30,000 円	円	30,000 円	円	
	手当		円	円	円	
	計	340,000 円	円	円	円	
13	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。
- ⑨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。
- ⑩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）
- ⑪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。
- ⑫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）
- ⑬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）
- ◆その他
 - ・資格喪失日以降の証明は不要です。

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 退

※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。