

## 健康保険 出産手当金請求書（記入解説）

- ①「健康保険被保険者証」の上部に記載されている記号・番号をご記入ください。
- ② 被保険者の氏名をご記入ください。
- ③ 被保険者の住所をご記入ください。
- ④ 勤務している会社名・部署名をご記入ください。
- ⑤ 「健康保険被保険者証」の真中の資格取得年月日をご記入ください。
- ⑥ 当請求が分娩前、分娩後、分娩前後かいずれかを○で囲ってください
- ⑦ 分娩の予定日と分娩の日をご記入ください。
- ⑧ 分娩を理由として休んだ日付と期間をご記入ください。
- ⑨ 分娩を理由として休んだ期間において報酬を受けられたか、マルを付けてください。
- ⑩ ⑨で報酬を受けられた方は、その支払いの対象となる期間と支給額をご記入ください。
- ⑪ 分娩が入院か入院外か該当するものにマルを付けてください。
- ⑫ 右側の欄に記載された①又は②の要件を満たした事を確認し、✓を付けてください。
- ⑬ 担当の医師の証明をもらってください。
- ⑭ 受領代理人払い、給与に加算給付をするので委任状にご記入ください。

※申請方法は、現行通り被保険者証の記号番号でお願い致します。個人番号の記載は不要です。

### 【条件】

- ・女性の被保険者(出産をされる方)のみ支給対象とします。
- ・出産を控えており出勤していない方

### 【添付書類】

- ・この届出書の医師または助産師の証明する欄に直接ご記入・ご捺印をお願いします。
- ・「勤怠データ」 記入例⑧の初日の分～記入例⑧の最終日までの分  
「給与明細 控」 記入例⑧の初日の1ヶ月前の分～記入例⑧の最終日までの分

### 【支給額・期間】

- ・出産前42日(多胎の場合は98日)、出産後56日以内
- ・「欠勤1日」につき「標準報酬月額」の1/30の2/3を支給します。

同年月日	令和 年 月 日	資 得	年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	係 員
支 給 額	¥	格 喪	年 月 日			
支 給 期 間	令和 年 月 日	前 始	年 月 日			
	令和 年 月 日		回 終			
分 娩 日	令和 年 月 日	決 定 標 準 報 酬 月 額		千 円		

## 健康保険 出産手当金 請求書 ( 回 )

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者の氏名		
	被保険者の現住所	〒 ( )			
	被保険者の勤務する事業所名	【 所属： 】			
	被保険者の資格を取得した日	平成・令和 年 月 日			
	この請求は分娩前の期間にかかるものですか、または分娩後の期間にかかるもの か、あるいはその両方の期間にかかるものですか。	分娩前 ・ 分娩後 ・ 分娩前後			
	予定日・分娩日	令和 年 月 日	分娩予定		
		令和 年 月 日	分 娩		
	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から		令和 年 月 日 まで	日間
	上記期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	受けた・受けない・受けられる・受けられない			
	報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額 とその報酬の額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		
入院して分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか	入院分娩 ・ 入院外分娩				
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
		備 考			

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日 分娩			
	分 娩 予 定 日	令和 年 月 日 分娩予定			
	出 生 児 の 数	単 胎 多 胎 ( 児 )	生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 週 )	
	入院して分娩したときは、 そ の 期 間	令和 年 月 日から	入院費用 の 別	自費 ・ 健保 ・ その他	
		令和 年 月 日まで	日間		
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
不正防止のため、医療機関住所・ 医療機関名の手書きは不可とします。 あらかじめ入力して印刷したのもも 不可とします。		職 名 ( ) 氏 名 :	医療機関の住所 :		
		電 話 :	医療機関名 :		

受 付 印

事業主の証明欄	労務に服さ	平成・令和	年	月	日から	
	なかった期間	平成・令和	年	月	日まで	
	上記期間中の	全額支給した場合または支給する場合				
	分として支払う報酬関係	一部支給した場合または支給する場合 現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨				
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日						
事業所住所： 事業所名称： 事業主氏名： 電話番号：						

令和 年 月 日提出

提出順序 本人⇒支店・支社⇒本社（人事）⇒健保（在職中に支給開始になる方のみ）

\* 受領代理人払い、給与に加算給付をするので下記委任状に記入してください。

委任状	私は _____ に、この出産手当金の受領方を委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者 住所： 氏名： _____
	受任者 住所： 氏名： _____

\*退職後の請求の場合は振り込み先をご記入ください。

銀行名： (ゆうちょ銀行以外)

支店名：

口座番号：

(フリガナ)： ( )

名義人名：

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。

# (記入例)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	① -	被保険者の 氏 名	② 文化 花子
	被保険者の現住所	③ 〒0000-0000 〇〇県〇〇区〇〇町〇〇丁目〇番〇号 Tel.〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	被保険者の勤務する事業所名	④ 〇〇〇〇〇〇(株) 【所属： 〇〇〇〇】		
	被保険者の資格を取得した日	⑤ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	この請求は分娩前の期間にかかるものですか、または分娩後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか。	⑥ 分娩前・ <del>分娩後</del> ・分娩前後		
	予定日・分娩日	⑦ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 分娩予定 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 分娩日		
	分娩のため 休んだ期間	⑧ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで 〇〇日間		
	上記期間の分の報酬を受けましたか、または受けられますか	⑨ 受けた・受けない・受けられる・受けられない		
	報酬支払を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額 とその報酬の額支払の基礎となった(なる)期間	⑩ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの分として 円		
	入院して分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか	⑪ 入院分娩 ・ 入院外分娩		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	
----	--

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
⑫ <input type="checkbox"/>	

医 師 ま た は 助 産 婦 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑬ 分娩年月日	令和 年 月 日 分娩		
	分娩予定日	令和 年 月 日 分娩予定		
	出生児の数	単胎 多胎( 児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠週)
	入院して分娩したときは、その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	入院費用の別	自費・健保・その他
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
	不正防止のため、医療機関住所・ 医療機関名の手書きは不可とします。 あらかじめ入力して印刷したのも 不可とします。			

医療機関の住所：  
医療機関名：  
職名( ) 氏名：  
電話：

事業主が証明するところ	労務に服さなかつた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	上記期間中の	全額支給した場合または支給する場合	
	分として支払	一部支給した場合または支給する場合	
	う報酬関係	現在までも、また将来も支給しない場合は、その旨	
上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日  事業所住所： 事業所名称： 事業主氏名： 電話番号：			

令和 年 月 日提出 提出順序 本人⇒支店・支社⇒本社（人事）⇒健保（在職者のみ）

\* 受領代理人払い、給与に加算給付をするので下記委任状に記入してください。

委任状	⑭ 私は、 ○○○○株式会社 にこの出産手当金の受領方を委任します。 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者 住 所 ○○県○○区○○町○○丁目○番○号 氏 名 文化 花子
	受任者 住 所 氏 名

\*退職後の請求の場合は振り込み先をご記入ください。

銀行名： (ゆうちょ銀行以外)

支店名：

口座番号：

(フリガナ)： ( )

名義人名：

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生を提供、社員名簿・各種台帳の作成、法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し、関係会社等あるいは取引先等へ業務上必要な範囲で本帳票記載の内容の開示をすることがあります。」上記の個人情報の利用目的並びに取扱について同意のうえ記入いたします。