

記入見本

健康保険出産手当金請求書

A 被保険者 (申請者) 情報	被保険者証 記号番号	記号 1 9 1 9	番号 1 2 3
	被保険者氏名 (フリガナ) 印	ケンボ ハナコ 健保花子	生年月日 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 0 3 0 1 0 5
	被保険者の住所	〒 123-1456 横浜市西区南軽井沢11-1 横浜アパート101号室 045 (123) 4567	
	事業所の名称	株式会社 健康保険工業	資格取得 年月日 昭和 平成 令和 23年4月1日

A 申請 内容	1 出産予定日及び出産年月日	出産予定日 平成・令和 元年 5月30日 出産日 平成・令和 元年 5月30日
	2 出産のため休んだ期間 (請求期間)	平成・令和 31年4月19日から 平成・令和 元年7月25日まで 98 日間
	3 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または受けられますか。	1. 受けた。(受けられる) 2. 受けない
	4 上記で「1.受けた(受けられる)」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。	平成・令和 31年4月19日から 平成・令和 31年4月20日まで 21,400 円
	5 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 [児]

B 振込先 指定口座	金融機関名称	銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 信用金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信用組 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	横浜 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/>
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 左づめで記入 0 1 2 3 4 5
	フリガナ 口座名義	ケンボ イチロウ 健保 一郎	口座名義 の区分 1 被保険者本人 2 代理人 <input checked="" type="checkbox"/>

C 委任 欄	被保険者	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。 令和元年 8月 5日 住所 横浜市西区南軽井沢11-1 横浜アパート101号室 氏名・印 健保花子	
	代理人 (口座名義人)	住所 横浜市西区南軽井沢11-1 横浜アパート101号室 氏名・印 健保 一郎	受 付

この請求書には、請求期間にかかる賃金台帳・出勤簿(タイムカード)等の写しを添付してください。

D 事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	被保険者が労務に 服さなかった期間	平成 31年4月19日から 平成 元年7月25日まで 98 日間	左記期間 の内出勤 した日数	0 日	
	下記の1. 2の該当する番号に○ ① 上記期間に出勤日又は有給休暇日があります。【下記勤務状況等内訳欄に表示してください。】 ② 上記期間に出勤日又は有給休暇日はありません。【下記勤務状況等内訳欄記載は省略できます。】				
	勤務状況等内訳欄【出勤は○】【有給休暇は△】を該当の日付に表示してください。				
	31年 4月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	出勤日数	有給日数	2 日
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	日	日	
	上記の期間に報酬(賃金・手当等)を支払った場合又は支払う予定がある場合は下記に期間・金額を記入				
	賃金・手当の名称	基本給	通勤手当	賃金等計算方法等についてご記入ください	
	3月21日から 4月20日まで	200,000 円	14,000 円	4月分給与は全額支給 欠勤控除は稼働日数(20日) で単価を出して欠勤日数を掛け て算出	
月 日から 月 日まで	円	円	円	円	
月 日から 月 日まで	円	円	円	円	
賃金形態	月給・日給月給・日給・時間給・その他	賃金計算	毎月 20 日締切 当月 翌月 25 日支払		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和元年 8月 25日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 在職期間にかかる 事業主の証明欄 電話 ()					

この欄の訂正箇所は下記証明者の印による訂正印の押印が必要です。

在職期間にかかる
事業主の証明欄



E 医師・ 助産師 が記入 する と こ ろ	出産者氏名	健保花子	出産者生年月日	昭和 平成 3年 1月 5日生
	出産年月日	平成 令和 元年 5月30日	出産予定日	平成 令和 元年 5月30日
	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)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 元年 6月 4日 医療施設等所在地 医療施設等の名称 医師・助産師の氏名 出産した施設等から 証明を受けてください 電話 ()			

この欄の訂正箇所は下記証明者の印による訂正印の押印が必要です。

出産した施設等から
証明を受けてください



- A の欄は被保険者(請求者)が記入するところ
- B の欄は被保険者または代理人が記入するところ
- C の欄は被保険者及び代理人が記入するところ
- D の欄は事業主が記入証明
- E の欄は医師・助産師が証明