健康保険出産手当金請求書

①（第　　回）

被保険者への注意事項

1、②および⑥は、健康保険の被保険者証に書いてあります。⑦は、勤務先から交付される賃金支払内訳票などをみればわかります。
2、⑧の㋐、⑪の㋐、⑫の㋐および⑫の㋑の㋑と㋒は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
なお、⑪の㋐は、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、また将来のことを「受けられる」、「受けない」に、または「受けられない」にわけて、二つの事項を○でかこんでください。
3、出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの前が四十二日間（分べんの当日を含む。）、分べんの後が五十六日間を限度として支給されます。
4、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
5、給付金の受領方を他人に委任するときは、別に「委任状」を作って、この請求書に添付してください。

被保険者が記入するところ

②被保険者等の記号と番号	記号		③ フリガナ 被保険者の氏名と印	㊞
	番号			
④被保険者の現住所	〒　　－ TEL　　（　　）			
⑤被保険者の勤務する事業所名				
⑥被保険者の資格を取得した日	年　月　日	⑦被保険者の標準報酬月額	千円	
⑧㋐ この請求書は分べん前の期間にかかるものですか、また分べん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。	分べん前・分べん後・分べん前後			
㋑ 分べんの日	年　月　日	⑨分べん予定日	年　月　日	
⑩ 分べんのため休んだ期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間			
⑪㋐ うえの⑩に書いた期間の分の報酬（賃金）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			
⑪㋑ 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額支払の基礎となった（なる）期間	年　月　日から 年　月　日まで　の分として　円			
⑫㋐ 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん・入院外分べん			
⑫㋑ ⓐ 病院または産院名		ⓑ 病院または産院の所在地		
⑫㋑ ⓒ 入院した期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
⑫㋑ ⓓ 自費で入院しましたか健康保険で入院しましたか	自費・健保・その他	ⓔ 被扶養者がいますか	いる・いない	
⑫㋑ ⓕ被扶養者がいるときは、その者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄	

年　月　日提出

受付日付印

支払希望の銀行又は信用金庫　**普通預金指定（ゆうちょ銀行不可）**				
銀行金庫	銀行コード	支店	支店コード	
普通預金	口座番号（右詰で7桁記入してください）			
口座名義人	フリガナ			

税務会計監査事務所健康保険組合

※第１回目の請求書には出勤簿、賃金台帳の写しが必要ですので添付してください。

事業主への注意事項

1、⑭の㋐と㋑にわたるときは、両欄にわけて記載してください。
2、⑭の㋒欄は、**現在までにも、また将来も支給しない**」と記載してください。
3、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要がありません。

事業主が証明するところ

被保険者氏名								
給与の締日及び支払日	締日　日	支払日	当月 翌月　日	給与体系	月給制	日給制	時給制	
⑬労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間							
⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係 ㋐ 全額支給した場合	年　月　日から 年　月　日まで	の	日間	円	年　月　日支払 日額	円		
	年　月　日から 年　月　日まで	の	日間	円	年　月　日支払 日額	円		
㋑ 一部支給した場合（交通費等の手当）	年　月　日から 年　月　日まで	の	日間	円	年　月　日支払 日額	円		
	年　月　日から 年　月　日まで	の	日間	円	年　月　日支払 日額	円		
㋒ 現在までにも、また将来も支給しない場合は、その旨								
⑮ うえのとおり相違ないことを証明します。　年　月　日 事業所名 所在地 事業主名　㊞ 電話　（　　）								

医師または助産婦への注意事項

1、⑱、⑲、⑳の欄は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。
2、⑲欄の「死産」を○でかこんだ場合は、妊娠何ヵ月の死産であるかを当該欄に付記してください。

医師または助産婦が意見をかくところ

患者名					
⑯ 分べん年月日	年　月　日	⑰ 分べん予定日	年　月　日		
⑱ 正常分べんまたは異常分べんの別	正常・異常	⑲ 生産または死産の別	生産・死産（妊娠　ヵ月）	⑳ 出生児の数	単胎・多胎（　児）
(a) 入院して分べんしたときは、その期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	(b) 入院費用の別	自費 健保 その他		
(c) うえのとおり相違ありません。　年　月　日 所在地 医療機関名　印 職名（　　）　氏名　㊞ 電話　（　　）					

※医療機関の印と、氏名の印は、もれのないようにしてください

共通注意

1、印はハッキリと押し、印もれのないように注意してください。
2、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（①から⑫までの訂正箇所には③の印、⑬から⑮までの訂正箇所には⑮の印、⑯から(c)までの訂正箇所には(c)の印を訂正印として押してください。
3、⑩、⑪の㋑、⑫の㋒、⑬および(a)の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。
たとえば、10月29日から11月４日までは、７日間となります。