

出産手当金請求書

記入方法については裏面の注意事項をご覧ください。

① 被保険者 証の記号 と番号	記号	② 事業所の 名称			
	番号				
③ 資格取得 年月日	昭和 平成	年	月	日	
		④ 標準報酬月額	千円		
⑤ この請求は出産前の期間のものですか、出産後の期間のものですか、あるいはその両方の期間のものですか			出産前・出産後・出産前後		
⑥ 出産年月日	平成	年	月	日	
		出 産 予 定 年 月 日	平成	年 月 日	
⑦ 出産のため 休んだ期間	平成	年	月	日から	
	平成	年	月	日まで	
⑧ うえの⑦に書いた期間分の報酬（賃金） を受けましたか、又は受けられますか		受けた・受けない・受けられる・受けられない			
⑨ 報酬支払を受けたとき又は受けられる 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）報酬	平成	年	月	日から	
	平成	年	月	日まで	
⑩ 病院又は産院の所在地 及び名称		〒			
上記のとおり請求いたします。					平成
					年
					月
					日
住所 〒					
⑪ 被保険者の _____ ※ ⑫					
氏名					〒
電話 ()					
出版健康保険組合 殿					

※本人氏名を自署した場合は、押印不要です。

委 任 状	私は _____ を代理人と定め、平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	に請求した出産手当金の受領を委任します。	
	住所 〒	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	本人氏名 _____ ⑬	〒
	住所 〒	⑭
	受領代理人氏名 _____ ⑮	

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出
受付日付印

賃金台帳並びに出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	⑮ 労務に服さなかった期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	日間	
	⑯ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。				
	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	計	(ア) 出勤	(イ) 有給
	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	賃金計算		
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	締 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	支払日	日		
⑰ うえの期間中、労務につかなかった期間の賃金支払状況 （該当に○をつけてください。但し出勤日を除く）					
(1) 支給しない					
(2) 全部または一部支給した（する）					
(ア) 1日当たりの賃金の全 額支給した場合又は 将来支給する場合	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	の分として	金 _____ 円	〔日額 金 _____ 円〕	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで		(_____ 月 _____ 日支払)		
(イ) 1日当たりの賃金の一 部支給した場合又は 将来支給する場合	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から	の分として	金 _____ 円	〔日額 金 _____ 円〕	
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで		(_____ 月 _____ 日支払)		
上記のとおり相違ないことを証明します。					
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
事業所 所在地 〒					
事業所 名称 _____ ⑱					
事業主の氏名 _____ ⑲					
電話 ()					

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑲ 出産年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	出産予定年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	⑳ 出産後のときは 正常出産又は 異常出産の別	正 常・異 常	㉑ 出産後のときは 生産又は死産の別	生 産・死 産
			㉒ 出生児の数	単 胎・多 胎 (_____ 児)
			〔妊娠 _____ カ月 週〕	
上記のとおり相違ありません。				
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
住所 〒				
職名 (_____) 氏名 _____ ㉓				
電話 (_____)				

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

⑳ 金 融 機 関	銀行名	口座番号	
	銀 行 信用金庫	本店 支店	フリガナ
	預 金 種 別	普通・当座	名 義 人
社会保険労務士 の提出代行者印			㉔

●被保険者の注意事項

1. ①と③の欄は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
2. 出産後に請求する場合は、⑥欄に出産日と出産予定日を記入してください。また出産前に請求する場合は出産予定日を記入してください。
3. 出産手当金は女子被保険者が出産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、出産の日（出産の日が予定日より遅れた場合においては、出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては98日）目から出産の日後56日目までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。なお、出産の当日は、出産日以前の期間に含まれます。
4. ⑤と⑧の欄は、該当する文字を丸で囲んでください。また⑧欄の報酬については、現在までのことを「受けた」「受けない」に、また将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて二つの事項を丸で囲んでください。
5. ⑬欄は、被保険者の署名捺印を、⑭欄には、事業所の受領代理人の署名捺印を必ずしてください。
6. ⑳欄は退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種目、口座番号、口座名義人）を記入してください。（委任状欄を記入する必要はありません。）
7. 証明書等が外国語で記入されている場合は、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。

●事業主の注意事項

1. ⑰欄の（ア）「全額支給」又は（イ）「一部支給」とは1日当たりの賃金の全部、又は一部の意味です。また、必要に応じて証明書類を提出していただくことがあります。
2. 資格を喪失した後に請求される場合でも労務に服さなかった期間で資格を有する期間が含まれているときは、事業主の証明を必要と致します。

●医師又は助産師の注意事項

1. ⑱欄の「出産日、出産予定日」を記入してください。また⑳、㉑、㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。
2. ㉑欄の「死産」を丸で囲んだ場合は、妊娠何週間の死産であるかを記入してください。