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のうえご記入ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 事業所の名称	
③ 氏名	（フリガナ）		
④ 住所	〒　　－ TEL　　（　　）		
⑤ 資格取得年月日	平成 令和　　年　　月　　日		
⑥ 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		
⑦ 出産年月日	令和　　年　　月　　日	⑧ 出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
⑨ 出産のために休んだ期間（申請期間）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで		
⑩ 上記出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬を受けましたか。	はい　・　いいえ		
⑪ 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬額支払いの基礎となった（なる）報酬	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　の分　　円		

委任状

⑫ 出産手当金の受領を下記の代理人に委任します。　　令和　　年　　月　　日

令和　年　月　日提出

住所　　「被保険者が記入するところ」と同じ

被保険者（申請者）　氏名

受領代理人（口座名義人）　氏名

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	

R4.4

個人番号												

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業所経由で提出する場合

出版健康保険組合

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

⑬ 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

【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休日は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

計	出勤	有給
	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	締日
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
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	
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　当月・翌月
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
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	

⑭ 上記の期間中、労務に服さなかった期間の賃金状況（該当に○をつけてください。）

（1）支給しない
（2）全部または一部支給した（する）

給与の種類：□ 月給　□ 時間給　□ 日給　□ 歩合給　□ 日給月給　□ その他（　　）

（ア）1日あたりの賃金の全額支給した場合又は将来支給する場合　（　　月　　日支払）

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日の分として　金　　円（日額　金　　円）

（イ）1日あたりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合　（　　月　　日支払）

令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日の分として　金　　円（日額　金　　円）

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　所在地
名称

事業主の氏名

担当者	
氏名	
電話	

医師または助産師が意見を書くところ

⑮ 出産年月日	令和　　年　　月　　日	出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
⑯ 出産後のときは正常出産又は異常出産の別	正常・異常	⑰ 出産後のときは、出産又は死産の別	生産・死産（妊娠　　週）
		⑱ 出産時の数	単胎・多胎（　　児）

上記のとおり相違ありません。

名称

医療機関の　〒

所在地

医師・助産師 氏名

電話　　（　　）

⑲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。

⑲ 振込先	銀行 信用金庫　本店 信用組合　支店	口座番号	
		フリガナ	
預金種別	普通　・　当座	口座名義人	

注意事項

●被保険者の方へ

1．①欄は、健康保険の被保険者証で確認して記入してください。

2．⑦欄に出産日と⑧欄に出産予定日を記入してください。

3．出産手当金は、被保険者が出産のため会社を休んだため報酬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。

4．⑥と⑩欄は、該当する文字を丸で囲んでください。

5．⑫欄は、被保険者の署名及び事業所の受領代理人の署名を必ずしてください。

6．⑲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。

●事業主の方へ

1．⑭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、事業主の証明を必要と致します。

●医師又は助産師の方へ

1．⑮欄の「出産日、出産予定日」を記入してください。また⑯、⑰、⑱欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。

2．⑰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。

3．⑱欄の「多胎」を丸で囲んだ場合は出生児数を記入してください。