

出産手当金請求書

(第 回目)

健康保険

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①②被保険者証の記号・番号		③ 生 年 月 日				④ 勤務先名称(配属先・部署名)						
	記号	番号	昭和	年	月	日	勤務先名称						
	1	00	平成										
	⑤ 被保険者(請求者)氏名		フリガナ				⑥ 被保険者の資格を取得した年月日		平成 年 月 日 令和				
	⑦ 被保険者(請求者)住所		郵便番号	フリガナ				電話番号					
	⑧ 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか							<input type="checkbox"/> 1. 出産前 <input type="checkbox"/> 2. 出産後					
	⑨ 出産予定日			令和	年	月	日	出産日		令和	年	月	日
	⑩ 出産のため休んだ期間(申請期間)		令和	年	月	日から	出生児数		人				
			令和	年	月	日まで	死産児数		人				
⑪ 上記⑩の期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか		<input type="checkbox"/> 1. いいえ <input type="checkbox"/> 2. はい		⑫ ⑪を「2. はい」と答えた場合報酬期間、報酬名称と報酬額			令和 年 月 日から		分として				
							令和 年 月 日まで		円				
⑬ 振込希望口座	金融機関		銀行・金庫・信組				本店・本店営業部						
			銀行コード()				支店コード() 支店・店・出張所						
預金種別	1. 普通口座	口座番号		フリガナ									
	2. 当座												

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。							令和	年	月	日
	被保険者(請求者)住所		氏名								
	代理人の氏名					委任者と代理人との関係					
代理人の住所等											

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産者氏名											
	出産予定年月日		令和	年	月	日	出産年月日		令和	年	月	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)				
	上記のとおり相違ありません。							令和	年	月	日	
	医療施設の所在地		医療施設の名称		医師・助産師の氏名		電話		()			

事業主が証明する欄	⑭ 労務に服さなかった期間		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。										出勤	有給																						
	年 月 日から	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	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	計	日	日
	年 月 日まで	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	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	計	日	日
	(ウ) 労務に服することができなかつた期間に対する賃金の支給の有無 <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し (エ) 労務に服することができなかつた期間を含む賃金支給状況を下欄に記入してください。											(オ) 給与の種類 (○で囲んでください。)																								
												月給 時間給	日給 歩合給	日給月給 その他																						
	⑮ 支給した(する)賃金内訳		単価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	○ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																													
				支給額	支給額	支給額																														
		基本給																																		
通勤手当																																				
住居手当																																				
扶養手当																																				
計																																				
⑯ 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		東京都杉並区高井戸西3-5-24																																		
事業所名称		日本年金機構																																		
事業主氏名												電話 03-5344-1100																								

出産手当金請求書の提出にあたって

被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合にご提出ください。

出産手当金の請求の際は、「就業管理表」を添付して、日本年金機構労務管理部厚生グループに提出してください。なお、資格喪失後(退職後)の期間の請求先は、健康保険組合になりますが、請求期間に在職期間が含まれる場合は、事業主の証明が必要となりますので、厚生グループに提出してください。