

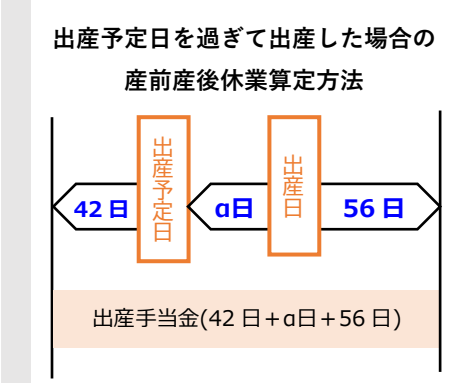
# 出産手当金請求書記入例 1枚目

**健康保険 出産手当金請求書** (第 〇 回目)

① 被保険者証の記号・番号 1 0 0 1 2 3 4 5 6		③ 生年月日 昭和 6 0 0 1 0 1 平成		④ 勤務先名称(記号先-部署名) 〇〇年金事務所 お客様相談室	
⑤ 被保険者(請求者)氏名 健保 花子		⑥ 被保険者の資格を取得した年月日 平成 4 年 4 月 1 日 令和			
⑦ 被保険者(請求者)住所 〒102-8548 東京都千代田区三番町2-2		⑧ 勤務先住所 〇〇マンション〇号室		⑨ 電話番号 03-1234-5678 090-9876-5432	
⑩ 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 2				1. 出産前 2. 出産後	
⑪ 出産予定日 令和 6 年 4 月 2 1 日		⑫ 出産日 令和 6 年 4 月 2 2 日			
⑬ 出産のため休んだ期間(申請期間) 令和 6 年 3 月 1 1 日から 令和 6 年 6 月 1 7 日まで		⑭ 出生児数 1 人		⑮ 死産児数 人	
⑯ 上記⑬の期間に報酬を受けましたか、又は受けられますか 1		⑰ 1. いいえ 2. はい		⑱ ⑰「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 月 日まで 円	
⑲ 振込希望口座 種別 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7		⑳ 金融機関 〇〇〇〇 銀行コード( ΔΔΔ )		㉑ 本店・本店営業部 〇〇〇〇 支店・出張所 支店コード( ΔΔΔ )	
⑳ 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					
代理人の氏名		委任者と代理人との関係		代理人の住所等	

**A** 記号・番号は、被保険者証、資格情報のお知らせ、マイナポータル等で確認してください。  
・右詰め、枝番は記載不要です。  
・退職後の申請の場合は、在職時の記号・番号を記入してください。

**B** ⑩欄は、出産日(出産が出産予定日より遅れたときは出産予定日)以前42日(多胎の場合は98日)から出産後56日までの期間のうち、労務に服していない期間(公休日を含む)を記入してください。



**C** ⑪⑫欄は、申請期間にかかる報酬がある場合に記入してください。

**D** 【被保険者へ振込を希望】  
⑲欄に被保険者(請求者)名義の口座情報を記入してください。  
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合  
店名<店番>・預金種別・口座番号を  
ご記入ください。  
(例) ゆうちょ銀行 〇一二  
(普通) 345678

医師または助産師が意見を記入するところ

⑳ 出産者氏名	健保 花子		
㉑ 出産予定年月日	令和 6 年 4 月 2 1 日	㉒ 出産年月日	令和 6 年 4 月 2 2 日
㉓ 出生児の数	単胎 多胎 ( 児)	㉔ 生産または死産の別	生産 死産 ( 妊婦 過)
上記のとおり相違ありません。 令和 6 年 5 月 1 5 日			
㉕ 医療施設の所在地	東京都港区〇〇2-3-4		
㉖ 医療施設の名称	〇〇総合病院		
㉗ 医師・助産師の氏名	機構 良子		
㉘ 電話	03 (xxxx) xxxx		

日本年金機構健康保険組合

**医師がまたは助産婦が意見を記入するところ**  
医師または助産師に記入して頂いてください。  
記入漏れのないようお願いします。

# 出産手当金請求書記入例 2枚目

出-0610

④ 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	
⑤ 年 月 日から 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	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	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	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	日
(ウ) 労務に服することができなかっ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			(オ) 給与の種類 (○で囲んでください。)		
(イ) 労務に服することができなかった期間を含む賃金支給状況を下欄に記入してください。			月給 日給 日給月給 時間給 歩合給 その他 ○ 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。		
⑥ 支給した(する)賃金内訳	単価	月 日 日分	月 日 日分	月 日 日分	
	基本給	支給額	支給額	支給額	
	通勤手当				
	住居手当				
	扶養手当				
計					
⑦ 上記のとおり相違ないことを証明します。					
事業所所在地	東京都杉並区高井戸西3-5-24		令和	年	月 日
事業所名称	日本年金機構				
事業主氏名			電話	03-5344-1100	

**事業主が証明する欄**  
 事業主（労務管理部）に記入を依頼してください。

## 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。