

# 出産手当金請求書

被保険者の  
注意事項

● ●  
 被保険者の  
 被保険者等  
 の被保険者  
 の保険料を  
 納付する者  
 の場合、被  
 保険者等が  
 分娩の日に  
 被保険者等  
 の被保険者  
 の資格を失  
 った場合は  
 請求できません。  
 分娩の日が  
 被保険者等  
 の被保険者  
 の資格を失  
 った日の前  
 日または前  
 日の前日か  
 らであること  
 を確認し、  
 「マイナポ  
 ータル」の  
 「資格情報  
 のお知らせ」  
 の欄を確認  
 してください。  
 分娩の日が  
 被保険者等  
 の被保険者  
 の資格を失  
 った日の前  
 日または前  
 日の前日か  
 らであること  
 を確認し、  
 「マイナポ  
 ータル」の  
 「資格情報  
 のお知らせ」  
 の欄を確認  
 してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者 等記号 と番号	記号 番号	② 被保険者名 (請求者)	昭和・平成 年 月 日			
	④ 被保険者 の現住所	〒 TEL ( )					
	⑤ 事業所の名称 (勤務先)						
	⑥ 資格取得の年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑦ 請求種別	予定 産前 産後
	⑧ 分べん予定日	令和	年	月	日	⑨ 分べん日	令和 年 月 日
	⑩ 分べんのため 休んだ期間	令和	年	月	日から		日間
	⑪ (A) 分べんした 病院または 産院名						
⑪ (B) 病院または 産院の所在地							

被 保 険 者 の 個 人 口 座	銀行名					
	店番・支店名					
	種類	普通 ・ 当座				
	口座番号 (右詰め)	●	●	●	●	●
	フリガナ					
	口座名義					

委 任 状	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				
委 任 状	被保険者 (請求者)	住 所			
		氏 名			
委 任 状	受領代理人	住 所			
		氏 名			

※ 請求者が資格喪失している場合及び引継者は、  
 個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入  
 してください。(委任状は不要です)

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

受付日付印

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「**通帳の記号5桁**」  
 支店名「**漢数字の3文字**」、口座番号「**通帳の番号  
8桁**」を記入してください。

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--

記号・番号		被保険者名 (請求者)	
-------	--	----------------	--

※被保険者(請求者)が記入してください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間		
	場報う 合酬え 、をの ま全期 た部間 は・中 支一の 給部 す支分 る給と 場しし 合たて	全額支給した場合、 または支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	金 円 ( 月 日支払)	
		一部支給した場合、 または支給する場合	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	金 円 ( 月 日支払)	
		給与の支払形態	月給 円(日額 円) 日給 円 その他					
		給与の締切日 計算期間、支払日	毎月 月	日締切 日から 月	日支払 日まで	交通費 の支払	有 無	月 日から 月 日まで 円
		現在までにも、また 将来も支給しない 場合は、その理由						
うえ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 事業主氏名 TEL ( )								

〔事業主の  
注意事項〕

1. 「全額支給」または「一部支給」とは、一日当りの賃金の全部または一部の意味です。
2. 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事業主の証明を要しません。

請求時は、請求期間に該当する出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。  
賃金の支払がある場合は、支給金額または欠勤控除の計算方法を写しに記入してください。

医師又は助産師が意見を書くところ	⑫ 分 べん 年 月 日	令和 年 月 日
	⑬ 分 べん 予定年月日	令和 年 月 日
	⑭ 出 産 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )
	⑮ 正常分べんまたは 異常分べんの別	正 常 ・ 異 常
	⑯ 生 産 また は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 ( 妊 娠 週 日 )
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 職名( ) 医療機関名 氏 名 TEL ( )	

〔医師または助産師  
への注意事項〕

1. ⑩欄の「死産」を丸でかんだ場合は、妊娠何週何日の死産であるか該当欄に付記してください。

備考	
----	--