

出産手当金請求書

被保険者の
注意事項

● ●
 なのは被の被
 お場、保い保
 、合分険ず
 分にべ者れ
 べおんが
 んいの、で
 のは(べ確
 日9分ん認
 は8べのく
 、日んた
 分)日めさ
 べか日事
 んら業
 の分分
 日べの
 以んん
 前日予
 の後定
 間6よ
 に日り
 含ま遅
 れた
 ます。お
 いて
 労は
 務に
 服分
 さべ
 なん
 かつ
 った
 期以
 間が
 対4
 象2
 とな
 り日
 ます
 。多
 胎
 期
 間

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 8888	② 被保険者名 (請求者)	健保 一子		
		番号 88888	③ 生年月日	昭和・平成 2年 5月 1日		
	④ 被保険者 の現住所	〒 103-0001 東京都中央区〇〇〇1-2-3		TEL	03 (5757) 〇〇〇〇	
	⑤ 事業所の名称 (勤務先)	(株)〇×商事				
	⑥ 資格取得の年月日	昭和 平成 30年 1月 1日 令和	⑦ 請求種別	予定 産前 産後		
	⑧ 分べん予定日	令和 2年 2月 1日	⑨ 分べん日	令和 2年 1月 31日		
	⑩ 分べんのため 休んだ期間	令和 1年 12月 21日から	98 日間			
		令和 2年 3月 27日まで				
	⑪ (A) 分べんした 病院または 産院名	健保総合病院				
	⑪ (B) 病院または 産院の所在地	東京都中央区〇〇〇2-2-2				

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 2年 2月 10日	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-2-3 氏名 健保 一子
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 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	8888-88888	被保険者名 (請求者)	健保 一子
-------	------------	----------------	-------

※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 1年 12月 21日から 令和 2年 3月 27日まで	98 日間	
	場報う合酬え、をのま全期た部間は・中一の給部す支分と場し合たて	全額支給した場合、または支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 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 年 月 日から 令和 年 月 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 末日締切 翌20日支払 12月 1日から 3月 31日まで	交通費の支払	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 12月 1日から 12月 31日まで 5,000 円
現在までも、また将来も支給しない場合は、その理由	労務に服していないため			
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 2年 4月 25日				
事業所所在地 東京都中央区〇〇〇5-5-5				
名称 (株)〇×商事				
事業主氏名 会社 太郎				
TEL 03 (8888) 〇〇〇〇				

【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を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 2年 1月 31日
	⑬ 分 べん 予定年月日	令和 2年 2月 1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 2年 2月 8日		
住所(所在地) 東京都中央区〇〇〇2-2-2		
職名(医師) 医療機関名 健保総合病院		
氏 名 医師 健		
TEL 03 (5656) 〇〇〇〇		

【医師または助産師への注意事項】

1. ⑩欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、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	
----	--