

女性被保険者が出産のため仕事を休み給料がもらえなかったとき、標準報酬日額の2/3相当額が支給されます。(出産の日以前42日間、出産の日後56日間)

健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回目)

回数を記入

① 被保険者証の記号・番号	④ 生年月日	⑤ 支給額計算	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
1 1234	昭平 451004	※ 1. 2. 3. 4. 5.	※	※ 0: 無 1: 有	年 月 日
⑨ 被保険者(請求者)の氏名と印	⑦ 事業所の名称				
ケンボ ハナコ 健保 花子	東京地下鉄株式会社				
⑩ 被保険者(請求者)の住所	⑪ 郵便番号	⑪ 住所コード	⑫ 自宅の住所を記入		
〒167-0000	167-0000	31500000			
⑫ 出産の日	⑬ 左の⑫の出産日は実際の出産日ですかまたは出産予定日ですか	① 実出産(出産予定日 〇〇年 7月 31日) 2. 予定出産			
平成 〇〇 08 05	〇				
⑭ 出産のため休んだ期間(支給期間)	⑮ 左の⑭の出産日は実際の出産日ですかまたは出産予定日ですか	⑯ 被保険者の資格を取得した日	⑰ 被保険者の標準報酬額		
自 〇〇 06 20 至 〇〇 09 30	〇	〇〇年 4月 1日	160千円		
⑱ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか	⑲ 報酬の支払いを受けたときまたは受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円		
受けた 受けない 受けられる 受けられない					
⑳ 病院等の名称	㉑ 病院等の所在地				
〇〇産婦人科病院	杉並区〇〇 10-1-2				
㉒ 氏名	㉓ 生年月日	㉔ 被保険者との続柄			
	年 月 日				
㉕ 上記⑭の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間	自 〇〇 08 05 日数	平成 年 月 日 提出			
	至 〇〇 08 12 8	受付日付印			
㉖ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間	自 年 月 日 日数				
	至 年 月 日				
㉗ 支給算出額(手)	㉘ 調整減額コード	㉙ 海外表示	㉚ 特別支給コード		
円		0. 国内 1. 海外			

◎「※」印欄は記入しないでください。

事業主が証明する欄	② 出勤は○で、有給は△で、公休は◇で、欠勤は/でそれぞれ表示してください。	〇〇年 6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	出勤	有給
	〇〇年 6月 20日から	年 7月	△ 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			
	〇〇年 9月 30日まで	年 8月	△ 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			
	103日間	年 9月	△ 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			
		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			
③ 現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	現在もまた将来も支給しない					
④ うえのとおり相違ないことを証明します。	平成 〇〇年 10月 2日					
住所	〒 所属の住所					
事業主氏名	所属名及び所属長名					
電話	(3837局) 〇〇〇〇番					

⑦ 出産年月日	平成 〇〇年 8月 5日	⑧ 出産予定年月日	平成 〇〇年 7月 31日
⑨ 正常出産または異常出産の別	正常・異常	⑩ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月)
⑪ 入院して出産したときは、その期間	平成 〇〇年 8月 5日から 平成 〇〇年 8月 12日まで	⑫ 入院費用の別	健保・公費 自費・その他
⑬ 入院期間	8日間		
⑭ 出生児の数	単胎・多胎(児)		
⑮ うえのとおり相違ありません。	平成 〇〇年 8月 22日		
職名(医院長)	住所 〒167-0000 杉並区〇〇 10-1-2	氏名	〇〇産婦人科病院 〇〇一郎
			電話 (3501局) 〇〇〇〇番

減額期間	期間	自	至	日数	金額
㉑ 全部不支給	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	退職者のみ記入
㉒ 不支給(産前法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	
㉓ 不支給(産後法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	
㉔ 不支給(産後法定外)	期間	自 年 月 日	至 年 月 日	日数	

支払方法	⑳ 支店コード	㉑ 金融機関コード	㉒ 口座番号(右つめて記入)	① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	銀行 金庫 信組	本店 出張所
口座振込	00	0012345	0012345		健保 花子	

受取代理人の欄	① 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。	平成 年 月 日
被保険者(請求者)の氏名	住所	氏名
代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
代理人の住所	⑪ 郵便番号	(フリガナ)
	⑫ 住所コード	

在職中にかかる出産手当金請求期間の場合、出勤簿・賃金台帳を添付してください。

送信