



No. _____

同年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会 計	扱 者	被扶養者 台帳照合印											
支払年月日	年	月	日																
支 払 額	拾万	万	千	百	拾	円													
支給内訳	法定	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円	資 得	年	月	日	前 始	年	月	日	
付加											格 喪	年	月	日	回 終	年	月	日	
支給期間	法定	年 月 日～ 年 月 日 日間										標準報酬月額				入院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
付加		年 月 日～ 年 月 日 日間																	
出産の日	年 月 日										円								

(被保険者への
注 意 事 項)

- ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ①の(A)、②の(A)および②の(B)の⑤と④は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。なお、①の(A)は、現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
- ③・出産手当金は、女子被保険者が出産のため事業所の勤務を

- 休んだことにより賃金を受けられない場合に支給されるもので、出産の日(出産の日が出産予定日より遅れた場合には出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては98日) 目から出産の日後56日目までの期間を限度として支給されます。
- なお、出産の当日は、出産の日以前の期間に含まれます。
- 給付金の受領方を他人に委任するとき、および給付金を受取ったときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印してください。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。

健康保険

出産手当金・出産手当付加金請求書 ① (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	② 被保険者 証の記号 と 番 号	231 第 86 号		③ 被 保 険 者 の氏名	健保 花子		④	
	⑤ 被保険者 の現住所	〒 180-0004 東京都新宿区西新宿〇—〇—〇 方						
	⑥ 被 保 険 者 の 勤 務する事業所名	〇〇株式会社						
	⑦ 被保険者の資格 を取得した日	10 年 05 月 15 日		⑧ 被保険者の標 準 報 酬 月 額	300,000 円			
	(A) この請求は出産前のものですか、出産後のものですか			出 産 前 ・ 出 産 後				
	⑨	(B) 出産の日 出産予定日		2019 年 12 月 1 日出産 2019 年 12 月 1 日出産予定				
	⑩	出産のため 休んだ期間		2019 年 10 月 21 日から 98 日間 2019 年 1 月 26 日まで				
	⑪	(A) うえの⑩に書いた期間分の報酬(賃金) を受けましたか、又は受けられますか		受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない				
		(B) 報酬支払を受けたとき又は受けられ るときは、その報酬の額とその報酬 額支払の基礎となった(なる) 期間		年 月 日から 分のとして 円 年 月 日まで				
	⑫	(A) 入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか		入院出産 ・ 入院外出産				
	(B)	⑦病 院 又 は 産院名		△△医院		⑧病 院 又 は産院の 所 在 地	東京都〇〇区△△△…	
	入院して 出産したとき	⑦入院した 期 間		2019 年 11 月 29 日から 2019 年 12 月 3 日まで 5 日間				
	⑨自 費 で入院しましたか 健康保険で入院しましたか		⑩自費 ・ 健保 ・ その他		⑪被扶養者が おりますか	い る ・ い ない		
	⑫被扶養者 がいると きは、そ の 者 の	氏 名	生 年 月 日		被保険者との続柄			

平成 年 月 日提出

*

受 付 日 付 印

事 業 所 担 当 者 印

領 収 書	金 円也領収いたしました。 年 月 日 健康保険組合理事長殿 氏 名
-------	---

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間		2019 年 10 月 21 日 から 2019 年 1 月 26 日 まで		98 日間
	⑭ うえの期間中 の分として支 払う報酬関係	⑰ 全額支給した場合 又は支給する場合	2019 年 10 月 1 日から 金 20 円 日額 2019 年 10 月 20 日まで の分 (10 月 30 日支払) 金 200,000 円		
		⑱ 一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 金 円 日額 年 月 日まで の分 金 円		
		⑲ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨			
	うえのとおり相違ないことを証明します。 2019 年 2 月 1 日 ⑮ 住 所 東京都××区×× 事業主 ⑯ 氏 名 □□株式会社 電 話 ** (****) **** 番				

(事業主への)
注意 事項

6. ⑭の⑦のと⑯にわたるときは、両欄にわけて記載してください。
7. ⑭の⑧欄は、現在までも、将来も支給しないときは、「支給しない」と記載してください。
8. 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、証明を行う必要があります。

医師又は助産師が意見をかくところ	⑮ 出産年月日及び 出産予定年月日		2019 年 12 月 1 日 出産 2019 年 12 月 1 日 出産予定		
	⑯ 出産後のときは 正常出産又は 異常出産の別	⑰ 正常・異常	⑱ 出産後のときは、 生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 月)	
			⑲ 単胎または多胎の別	単胎 多胎	
	⑳ 入院して出産 したときは、 その 期 間	2019 年 11 月 29 日から 2019 年 12 月 3 日まで		㉑ 入院費 用 の 別	健保・⑳ 費 公費・その他
	うえのとおり相違ありません。 2019 年 1 月 26 日 ㉒ 職名 () ㉓ 住所 東京都△△区〇〇… ㉔ 氏名 太郎 電 話 ** (****) **** 番				

(医師又は助産婦)
への注意 事項

9. ⑮、⑯、㉑および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
10. ㉑欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを該当欄に付記してください。
11. 出産費請求書と同じ意見を記載する場合は、㉑、㉒以外の証明については記載を省略しても結構です。

支払金融機関の欄	支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協	本店 支店	
	金融機関コード					口座名義	郵便局
	口座番号						

委任状	私は 山田三郎 を代理人と定め、 年 月 日に請求した出産手当金及び同付加金、金 円也の受領を委任します。		年 月 日
	本人	住 所 東京都新宿区西新宿〇—〇—〇 氏 名 健保 花子	
	代理人	住 所 東京都△△区〇〇… 氏 名 山田 三郎	

(共通する注意)

12. ⑩、⑪の(B)、⑫の(B)の㉑、⑬および㉒の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。