

支給決定伺

常務理事	事務長	係

記入見本



必ず捺印してください。

保険証の記号・番号を記載してください。

健康保険出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る	①被保険者証の 記号番号	記号 3 番号 123456	②被保険者の氏名と印 日 興 証 子	⑤被保険者の資格を取得した日 昭・平・令 11年 4月 1日
	④被保険者の 現住所	〒343-0123 埼玉県〇〇市△△町6-5 電話 048 (555) ×××× 番		⑦被保険者の標準報酬月額 ※健保記入欄 千円
	⑥被保険者の 勤務する事業所	SMB C日興証券 株式会社 〇〇支店 店・部 電話 03 (5566) ×××× 番	⑧出産の日 令和 1年 6月 22日	⑨左記⑧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 1年 6月 20日) 2.予定出産
	⑩出産のため 休んだ期間	令和 1年 5月 10日 から 令和 1年 8月 17日 まで (注1) 100 日間	⑪ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑬ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑬ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑭ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑭ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑮ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑮ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑯ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑯ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑰ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑰ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
	⑱ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円	⑱ Aうえの⑩に書いた期間の分の報酬 (賃金) を受け ましたか、または受けられますか。 B報酬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額支払いの基礎になった (なる) 期間	受けた・受けない・受けられる・受けられない 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円

※記号3の方は給与と同時振込となりますので、支払指定金融機関の記入は不要です。

(被保険者への注意事項)

- ア) ①および⑤は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- イ) ③、⑤、⑪Aおよび⑫Bは、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。なお、⑪Aは、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けない」に、また、将来のことを「受けられる」、「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。
- ウ) 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が受けられない場合に支給されるもので、**出産の日 (出産の日が産前日より遅れた場合においては産前日) 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。**

健 保 使 用 欄	支給期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 まで 日間	
	減額期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 まで 日間	円減額
		令和 年 月 日から令和 年 月 日 まで 日間	円減額
不支給期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日 まで 日間	理由	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	
	⑭うえの期 間中の分と して支払う 報酬関係	⑯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 円 (日額 円)
		⑰一部支給した場合 または支給する場合	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円 (日額 円)
		⑱現在までもまた将来も 支給しない場合はその旨	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 円 (日額 円)
	⑲うえのとおり相違ないことを証明します。	住所 (所在地) 〒 医療機関名 職名 () 氏名 電話 () 番	

(事業主への注意事項)

- エ) ⑭の⑯と⑰にわたるときは、両欄に分けて記載してください。
- オ) ⑭の⑱欄は、「現在までも、また将来も支給しない」と記入してください。
- カ) 被保険者の資格を喪失した後の期間のかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

医 師 ま た は 助 産 婦 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑲出産年月日	令和 年 月 日	⑳出産予定年月日	令和 年 月 日
	㉑正常出産または 異常出産の別	正 常 ・ 異 常	㉒生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月 月)
	㉓入院して出産し たときは、その期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	㉔入院費用の別	健保・自費 公費・その他
	㉕ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	㉖うえのとおり相違ありません。	住所 (所在地) 〒 医療機関名 職名 () 氏名 電話 () 番		

(医師または助産婦への注意事項)

- キ) ㉑、㉒、㉓および㉔の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
- ク) ㉑欄の死産を○で囲んだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかを当該欄に付記してください。

(共通する注意事項)

- ケ) 印ははっきりと押し、印漏れのないようにしてください。
- コ) 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押し印と同じ印を訂正印として押してください。
- サ) ⑩、⑫の⑯、⑬および⑭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7日間となります。