

健康保険 出産手当金請求書（第 回）

妊娠4か月(85日)以上の出産であること

1 2

被保険者（申請者）記入用

	①被保険者の記号・番号	②事業所名	③被保険者の業務の種類
請求者が記入するところ	(記号) 1234 (番号) 567	株式会社 金属	商品管理
被保険者(請求者)の氏名住所	④氏名 (フリガナ)	生年月日	
	健保 花子	昭和62年 2月 6日	
	⑤住所 〒 550-0000 大阪府大阪市西区〇〇8-9-10 Tel (06) 7890 -	分娩予定日と分娩日 をご記入ください。	
⑥出産予定日及び出産日	3年4月7日出産予定 3年4月10日出産日		
⑦請求期間(分べんのため休んだ期間)	3年2月25日から 101日間 3年6月5日まで ただし()日は出勤のため除く		
⑧⑦の期間中に給料を受けましたか	A. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない	年 月 日から 年 月 日まで 円	
⑨給付金の受領方法	希望するところに○をつけて下さい	A銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任	
	A・Cに○をつけた方は記入して下さい * 被保険者又は請求者の口座に限ります。	フリガナ (エービーシー) (ホンテン) 銀 行 店番 ABC 信用金庫 本店 支店 001 口座番号 (普・当) 12345678 フリガナ (ケンボ ハナコ) 名義人氏名 健保 花子	
	Cに○をつけた方は記入して下さい	この給付金の受領を 住 所 氏 名 に委任します。 被保険者（請求者）氏名	
備考	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記へ記入ください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)		

⑦欄は、退職後及び任継者の請求の方も必ず期間を記入して下さい。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付年月日

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																				
	労務に服さなかった期間										報酬支給形態															報酬の締切日・支払日											
	令和 3 年 2 月 25 日から 令和 3 年 6 月 5 日まで 101日間										ア. 月給制 ☒ イ. 日給月給制 オ. その他 () ウ. 日給制 エ. 時間給制															20 日締め 25 日払い											
	出勤状況 出勤は「○」 欠勤は「×」 有給は「有」 早退は「早」 休日「休」	2 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 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				
		4 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				
		5 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				
		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				
	欠勤しなかった 場合の1ヶ月の 報酬支払額		3 年 3 月分		年 月分		年 月分		欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）																												
	基本給	200,000 円	2 月 21 日から 3 月 20 日まで		58,334 円		9 月 21 日から 6 月 20 日まで		月 日から 月 日まで		基本給は ア. 控除しない ・ ☒ イ. 控除する 欠勤1日につき 1/24控除する																										
通勤手当	4,800 円									諸手当は ア. 控除しない ・ ☐ イ. 控除する 欠勤1日につき																											
住宅手当	円									交通費は ア. 控除しない ・ ☒ イ. 控除する 定期券（現物）支給 ・ 現金支給 支給対象期間 月 日 ~ 月 日分 円支給																											
扶養手当	円									その他 (2/25~交通費は支給なし)																											
手当	円																																				
手当	円																																				
手当	円																																				
手当	円																																				
合 計	204,800 円	58,334 円		0 円																																	
うえのとおり相違ないことを証明します。																																担当者名		山田 太郎			
事業所所在地 大阪市西区																																年		月		日	
事業所名称 株式会社 金属																																					
事業主氏名 金属 二郎																																電話		06-6666-6666			
医師または助産婦が証明するところ	出産者氏名																																				
	出産予定年月日		年 月 日										出産年月日		年 月 日																						
	出生時の数		単胎 ・ 多胎 (児)										出生・死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠第 週又は第 ヶ月)																						
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 大阪市西区〇〇 医師・助産婦名 〇〇レディースクリニック 大地 育																																				
※領収書 〒 左の金額を領収しました。 年 月 日 氏名																																					

医師の証明が必要

※記入するときは、「記載例」等をご覧ください。