

出産手当金請求書 ① (第 回)

出産手当付加金

保険証から転記してください

○ 任意継続被保険者または退職者の方は出産日以前42日から
 出産日翌日以後56日までの期間を記入してください
 ○ 在職中の方は、産前休暇に入った日から産後休暇の最終日
 (出産日の翌日から数えて56日目)の期間を記入してください

② 被保険者証の記号と番号	1 2 3	③ 被保険者の氏名と印	新宿 花子		④ (新印) 宿
	第 45678 号				
⑤ 被保険者の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市××5-6-7 方				
⑥ 被保険者の勤務する事業所名	××××株式会社				
⑦ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 12 年 10 月 1 日	⑧ 被保険者の標準報酬月額	,千円		
⑨ 被保険者が記入するところ	(A) この請求は分べん前の期間にかかるものですか、または分べん後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか。	分べん前 ・ 分べん後 ・ 分べん前後			
	(B) 分べんの日	平成 14 年 5 月 1 日 分べん	分べん予定の日	平成 14 年 4 月 28 日	
⑩ 分べんのため休んだ期間	平成 14 年 3 月 18 日 から	101 日間			
	平成 14 年 6 月 26 日 まで				
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	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、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	の分として 円	
⑫ 入院して分べんしたときは	(A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか	入院分べん・入院外分べん			
	(B) ⑦ 病 院 または 産 院 名	△△産婦人科	⑧ 病院または産院の所在地	〇〇県△△市□□1-2-3	
⑬ ⑭	⑦ 入院した期間	平成 14 年 4 月 27 日から	平成 14 年 5 月 3 日まで	7 日間	
	⑮ ⑯	⑰ ⑱	⑲	⑳	
⑳	⑰ 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	
	⑱	年 月 日生			

記入不要

(健康保険法施行規則第六十二条)

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 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	⑦ 全額支給した場合、または支給する場合	平成 年 月 日から	金 円 日額
			平成 年 月 日まで (月 日支払)	金 円
		① 一部場合 ⑦ 現在または、		支払) 金 円 日額
うえのとおり相違		平成 年 月 日		
⑮ 住所				
事業主 ⑯ 氏名			⑰ ⑱	
		電話	番	

**事業主（会社）の
証明欄
（任継・退職者は不要）**

医師または助産婦が意見をかくところ	⑱ 分べん予定年月日 分べん年月日	平成 年 月 日 平成 年 月 日 分べん	単胎妊娠 多胎妊娠
	⑲ 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	⑳ 生産または死産の別 生産・死産（妊娠 ヶ月）
	㉑ 入院して分べんしたときは、その期間		院費の別 健保・自費 公費・その他
	うえの通り相違		
		㉕ 氏名	㉖ ⑲
		電話（ 局）	番

**医師・助産婦の
証明欄
※必ず証明をしてもらって
ください**

委任状	私は 住所 氏名 ⑲ を代理人として定め平成 年 月 日 に請求した出産手当金請求書の受領方を委任します。	銀行名 ××銀行 本店 信用金庫 △△ 支店
	住所 氏名 ⑲	預金の種別 普通 ・当座
	住所 氏名 ⑲	預金の記号番号 0123456
	住所 氏名 ⑲	預金の名義人名 シンジユク ハナコ

被保険者以外の方が受け取る場合は必ず本人・代理人双方の署名・捺印が必要です

旧姓名義の口座不可