

# 健康保険 出産手当金請求書

令和 1 年 5 月 10 日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 1	番号 121212	被保険者資格取得日 平成・令和 2 8 0 4 0 1	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) 平成・令和
	社員番号	99082			〒 222-8543
	被保険者(請求者)氏名と印	ケンポ ハナコ 健保 花子			神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇
	生年月日	昭和・平成 60 年 8 月 12 日			電話番号 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	事業所名称	株式会社マクニカ			電話番号 045 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	出産予定年月日	平成・令和 3 1 0 1 1 9	出産年月日	平成・令和 3 1 0 1 2 0	
	出産のため休んだ期間	平成・令和 31年 12月 9日 から 99日間 平成・令和 31年 3月 17日 まで			
	上記に記入した期間の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・ <b>受けない</b>	将来	受けられる・ <b>受けられない</b>
	報酬支払を受けたとき(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・令和 年 月 日 から	の分として 円		
		平成・令和 年 月 日 まで			

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者(請求者)	<p><b>原則、委任払いでの申請は受け付けできません。</b>  <b>やむを得ない理由により、代理人に委任する場合は、ご申請の前に健康保険組合までご連絡ください。</b></p>

※やむを得ない理由により委任払いを希望する場合は、ご申請の前に健保組合までご連絡ください。

支払金融機関	金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	〇〇〇
		〇〇〇〇	銀行 信金・信組	〇〇〇 本店 支店
	普通預金	口座番号 (7桁)	1234567	
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ ハナコ		

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

マクニカ健康保険組合

### 留意事項

1. 出産のため休んだ期間は、出産のため労務に服さなかった期間と、その日数(公休日含む)を記入してください。通常は、出産予定日以前42日(多胎妊娠の場合98日)から出産日の翌日から56日目。
2. 海外で出産した場合は、医師・助産師が記入するところに記載されている項目を出産した医療機関から別紙に証明をうけてください。(証明書が外国語の場合は翻訳者の住所・氏名・捺印・連絡先が記入された翻訳文を添付してください。)
3. A4コピー用紙に両面印刷してください

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日まで	日間	
	うえの期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）	ア	金 年 月 日～ 円（ 年 月 日までの分として日支払）	
		イ	金 年 月 日～ 円（ 年 月 日までの分として日支払）	
		ウ	金 年 月 日～ 円（ 年 月 日までの分として日支払）	
	現在まで、将来も支払う場合はその期間			
	報酬（給与）算出の締および勤怠の締日			
	支払額・控除額の算出式			
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	所在地		令和 年 月 日	
	事業主 名称			
氏 名		Ⓜ		
電 話				

「被保険者が記入するところ」と「支払金融機関」を記入し、担当主治医より「医師又は助産師が証明するところ」に証明を受けた後、事業主にご提出ください。  
 この欄を事業主が証明し、事業主から健保へ提出されます。

※ この欄に記入誤りがある場合には、訂正印(事業主印)をお願いいたします。

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

**留意事項（事業主）**

1. 被保険者の資格を喪失した後の請求期間については事業主の証明は不要です。
2. 押印欄は事業主印を押印してください。社印のみでは手続きできません。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名			
	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日	出 産 年 月 日	平成・令和 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産(妊娠 週 日)
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		
	上記	<ul style="list-style-type: none"> <li>この欄は、必ず担当主治医に記入をお願いして下さい。</li> <li>担当主治医の署名捺印を受けてください。</li> <li>この欄に記入誤りがある場合には、担当主治医の訂正印を受けてください。</li> </ul>		
	所在地			年 月 日
	名 称			
	医師・助産師の氏名		Ⓜ	
電 話				