「出産手当金（付加金）請求書」

●記入にあたり注意していただく事項

（被保険者の方へ）

ア．①、⑤は、「資格情報のお知らせ」または「資格確認証」に記載されています。

イ．⑧は、該当する番号を〇で囲んでください。
なお、⑩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」にわけて二つの事項を〇で囲んでください。

ウ．出産前に請求する場合は、⑧欄に出産予定日を記入してください。

エ．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（出産の日が出産予定日より遅れた場合においては出産予定日）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。

オ．証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

（事業主の方へ）

カ．⑭中の「報酬を全額または一部支給」とは、一日当たりの賃金の全部または一部という意味です。

キ．⑮は、「現在も将来も支給しない」と記入してください。

ク．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、事業主の証明は必要ありません。

（医師又は助産師の方へ）

ケ．㋑、㋔、㋕、㋗の欄は、それぞれ該当する文字を〇で囲んでください。

コ．㋕の「死産」を〇で囲んだ場合は、妊娠何ヵ月の死産であるか当該欄に付記してください。

（共通する事項）

サ．⑦、⑬、⑭および㋔の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。たとえば 6 月 5 日から 6 月 15 日までは 11 日間となります。

（添付書類）

出勤簿、賃金台帳の写を添付してください。

健康保険 出産手当金（付加金）請求書（第　回）

被保険者が記入する欄	①被保険者記号番号	―	事業所名称	
	②被保険者氏名（請求者）	ﾌﾘｶﾞﾅ	③生年月日	昭和　年　月　日 平成
	④被保険者住所（請求者）	〒 （TEL）		
	⑤被保険者の資格取得日	昭和 平成　年　月　日 令和	⑥被保険者の標準報酬月額	千円
	⑦出産日	年　月　日	⑧左記の⑦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　年　月　日） 2. 予定出産
	⑨出産のため休んだ期間（支給期間）	自:　年　月　日 至:　年　月　日　日間	⑩左記の⑨に書いた期間報酬を受けましたか、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
	⑪報酬の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支払の基礎となった(なる)期間	年　月　日から　年　月　日まで の分として　円		
	⑫振込希望銀行	銀行	預金種目：普通・当座	口座番号（右づめで記入）
		支店 出張所	フリガナ 口座名義人	
	備考			

事業主が証明する欄	⑬労務に服さなかった期間	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／で、それぞれ表示してください。				
	年　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			
	年　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			
	年　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			
	年　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			
	年　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			
	計	出勤　日	有給　日		
	⑭うえの期間中の分として、報酬を全額または一部支給した場合または支給する場合	自:　年　月　日 至:　年　月　日	日間	円	月　日締切:　月　日支払 日額　円
		自:　年　月　日 至:　年　月　日	日間	円	月　日締切:　月　日支払 日額　円
		自:　年　月　日 至:　年　月　日	日間	円	月　日締切:　月　日支払 日額　円
		自:　年　月　日 至:　年　月　日	日間	円	月　日締切:　月　日支払 日額　円
	⑮現在も将来も支給しない場合はその旨				

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業所所在地　〒

事業所名称

事業主氏名

電話

令和　年　月　日請求

受付日付印

民間放送健康保険組合

医師または助産師が意見をかく欄				
㋐ 出産者氏名		㋑ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 （　　児）	
㋒ 出産年月日	年　月　日	㋓ 出産予定年月日	年　月　日	
㋔ 正常出産または異常出産の別	正常 ・ 異常	㋕ 生産または死産の別	生産 死産（妊娠　　ヵ月）	
㋖ 入院して出産したときは、その期間	年　月　日から 年　月　日まで　日間	㋗ 入院費用の別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他	
㋘ 上記のとおり相違ありません。 住所 〒 職名（　　）　氏名 電話（　　）　―			令和　年　月　日	

受取代理人の欄				
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和　年　月　日	
被保険者（請求者） 住所 〒 氏名				
代理人 住所 〒 氏名				
振込希望銀行	銀行	預金種目	口座番号（右づめで記入）	
		普通　当座		
	支店 出張所	フリガナ		
		口座名義人		