

健康保険 出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号番号		②事業所の名称		③請求回数	
	記号				初 回	継 続
	番号				()回目	
	④被保険者（請求者）の氏名		(フリガナ)	⑤生年月日		
				昭和・平成 年 月 日		
	⑥被保険者（請求者）の住所 及び電話番号		〒			
			() -			
	⑦出産のため休んだ期間（請求期間）		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
	⑧出産予定年月日	令和 年 月 日	⑨出産年月日	令和 年 月 日		
	⑩請求期間中に出勤又は有給扱いとした年月日	出勤 年 月 日～ 年 月 日		月/日 / / / / /	合計	日間
	有給 年 月 日～ 年 月 日		月/日 / / / / /	合計	日間	
⑪仕事を休んだ期間の給料の支給状況	基本給	・全額支給される ・一部支給される ・支給されない				
	諸手当	・全額支給される ・一部支給される ・支給されない				
⑫出産した医療機関等の名称・所在地	名称	所在地				

金 額 の 受 領 委 任 欄	⑬本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	(請求者)	
	令和 年 月 日	被保険者氏名
	委任された者の 所在地 事業所名 氏 名	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑦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																															
	欠勤・・・×	有給・・・△	()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																														
	出勤・・・○	公休・・・公	()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																														
			()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																														
			()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																														
	①給料の種類	②給料締切日	③給料支払日			()月分	()月分	()月分	()月分	備 考																							
	月給・日給月給・日給		当月・翌月	④出勤・有給の日数	出勤()日	出勤()日	出勤()日	出勤()日	基本給・諸手当の欠勤 控除の計算方法																								
	時間給・()	日締切	日払		有給()日	有給()日	有給()日	有給()日																									
	⑥1ヶ月分の基本給と諸手当の額				基 本 給 や 諸 手 当 の 支 給 状 況 (給料の締切日にあわせて記入)																												
	(支給の有無に関係なく本来支給すべき額を記入)	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	月 日から 月 日まで	基本給・諸手当の欠勤 控除の計算方法																											
基本給(1ヶ月 円)	円	円	円	円																													
家族手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
住宅手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
通勤手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
有給 手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
残業手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
手当(1ヶ月)	円	円	円	円																													
合 計	円	円	円	円																													
こ ろ	令和 年 月 日																																
被保険者氏名 事業所 所在地 名 称 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主名 電 話 () -																																	

医 師 又 は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	出産者氏名			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の 所 在 地 名 称 医師・助産師の氏名 電話番号() -			