

健康保険 出産手当金請求書

令和 7 年 12 月 20 日提出

出産のため休んだ期間を記入してください。期間は、出産の日（出産の日が産前日より遅れた場合は、産前日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）、産後56日までの間です。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者の記号番号		②事業所の名称		続 続 回 目
	記号	1000	〇〇運輸株式会社		
	番号	101			
	④被保険者（請求者）の氏名		(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	⑤生年月日 昭和・平成 10 年 4 月 1 日	
	⑥被保険者（請求者）の住所及び電話番号		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 (〇〇〇〇)〇〇 - 〇〇〇〇		
	⑦出産のため休んだ期間（請求期間）		令和 7 年 9 月 4 日から令和 7 年 12 月 13 日まで		
	⑧出産予定年月日	令和 7 年 10 月 15 日	⑨出産年月日	令和 7 年 10 月 18 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		
		〇〇産婦人科	〇〇市〇〇町〇番		

在職中の請求の時は必ずご記入ください。

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。	
	令和 7 年 12 月 31 日	(請求者) 被保険者氏名 <u>健保 花子</u>
	委任された者の 所在地 <u>〇〇市〇〇町〇丁目〇番</u> 事業所名 <u>〇〇運輸株式会社</u> 氏 名 <u>〇〇 〇〇</u>	
	事業主様に記入をお願いしてください。なお、請求時に勤務先を退職している場合は当該委任状欄は記入の必要はありません。請求者の口座情報をご記入ください。	

事	⑦労務に服さなかった期間	令和 7 年 9 月 4 日 から令和 7 年 12 月 13 日 日まで																															
	欠勤・・・× 有給・・・△	(9)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	(10)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
		(11)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
業 主 が 証 明 す る と こ ろ	①給料の種類	②給料締切日	③給料支払日	④出勤・有給の日数	(9)月分	(10)月分	(11)月分	(12)月分	労務に服さなかった期間の賃金の締切日に併せて記入してください。																								
	月給・日給月給・日給 時間給・()	末 日締切	当月(翌月) 10日払		出勤(3)日 有給(0)日	出勤(0)日 有給(0)日	出勤(0)日 有給(0)日	出勤(0)日 有給(0)日																									
	⑤1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)	9月 1 日から 9月 30 日まで	10月 1 日から 10月 31日まで	11月 1 日から 11月 30 日まで	12月 1 日から 12月 31 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250,000円)	34,100円	円	円	円	(250,000÷22)×3																											
	家族手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
	住宅手当(1ヶ月 円)	円	円	円	円	円																											
	通勤手当(1ヶ月10,000円)	10,000円	円	円	円	円																											
	有給 手当 (1日12,000円)	円	円	円	円	円																											
	残業手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																											
手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																												
手当(1ヶ月)	円	円	円	円	円																												
合 計	44,100円	0円	0円	0円	0円																												
令和 7 年 12 月 31 日																																	
被保険者氏名 <u>健保 花子</u> 事業所 所在地 <u>〇〇市〇〇町〇丁目〇番</u> 名称 <u>〇〇運輸株式会社</u> 上記のとおり相違ないことを証明します。 事業主名 <u>〇〇 〇〇</u> 電話 (<u>〇〇〇〇</u>) <u>〇〇</u> - <u>〇〇〇〇</u>																																	

医 師 又 は 助 産 師 が 記 入 す る と こ ろ	出産予定年月日	令和 7 年 10 月 15 日	出産年月日	令和 7 年 10 月 18 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	健保 花子	医師又は助産師から証明を受けてください。	
	上記のとおり相違ありません。			
令和 7 年 12 月 1 日				
医療機関の 所在地 <u>〇〇市〇〇町〇番地</u> 名 称 <u>〇〇産婦人科</u> 医師・助産師の氏名 <u>〇〇〇 〇〇</u> 電話番号 (<u>〇〇〇〇</u>) <u>〇〇</u> - <u>〇〇〇〇</u>				