

出産手当金請求書 (第 回日)

記入上の注意
 2 1 記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。
 記入事項(特に日付等)の訂正をしたときは、その箇所に訂正印を捺印してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号	②被保険者(請求者) 氏名と印	(印)
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
	③被保険者(請求者)住所	〒	電話 — —
	④事業所所在地 事業所名称	〒	電話 — —
	⑤	⑦ 出産予定日および出産日	出産予定日 平成 年 月 日 出産日 平成 年 月 日
		⑧ 出生児の数	単胎・多胎(児)
	⑥	出産のため休んだ期間(申請期間)	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで
	⑦	上記⑥の期間(申請期間)に報酬を受けましたか、または今後受けられますか	はい・いいえ
	⑧	上記⑦で「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった期間とその報酬額	平成 年 月 日から 円 平成 年 月 日まで

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑨	労務に服さなかった期間(休日も含む)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	⑩	勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は□】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	出勤 有給 日 日
		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 日 日
		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	日 日
	⑪	上記期間中に対して賃金を支給しましたか(○で囲んでください)	1.はい 2.いいえ 給与の種類 日給・時間給 月給・日給月給 賃金計算 日 日 支払日 当月翌月 日	

事 業 主 の 備 考	⑫	上記期間中の賃金内訳	区分 年 月 日 日数 支給額 基本給 ~ 日分 円 ~ 日分 円
	⑬	上記のとおり相違ないことを証明します。	平成 年 月 日
		事業所所在地	
		事業所名称	
		事業主氏名	(印) 電話 — —

受付日付印

該当期間の賃金台帳(写)、出勤簿(写)を添付してください。
 欠勤控除がある場合はその計算式(計算方法)を余白にご記入ください。

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	⑭	出産予定日	平成 年 月 日	出産日	平成 年 月 日
	⑮	正常分娩 の別 異常分娩	正 常 ・ 異 常	生 産 の 別 死 産	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 ヲ 月)
	⑯	入院して出産 した時の期間	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日間	
	⑰	⑰ 出産児の数	単胎・多胎(児)		
	⑱	上記のとおり相違ありません。			
		住 所		平成 年 月 日	
		医療機関名			
		氏 名		(印)	
				電話 — —	

委 任 状	⑲	本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	平成 年 月 日
		被保険者住所 (請求者) 氏名	(印)
		委任された方住所 (事業主) 氏名	(印)
		給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください(捺印漏れのないようお願いいたします)。なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。	

備 考	法第108条該当						
	一部控除	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	円				
	有給・出勤	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	円				
	法定期間 支給期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					

*被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

[記入上の注意]

《被保険者記入欄》

- ②の欄は、被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の捺印は不要です。
- ⑤の欄は、出産予定日および出産日をご記入ください。
- ⑥の欄「出産のため休んだ期間」は、被保険者（請求者）がご記入ください。
なお、「出産のため休んだ期間」は、⑨の欄と一致するようにご記入ください。
※支給対象期間は、出産前42日間（多胎妊娠の場合は98日間）、出産後56日間となります。なお、出産日は産前に含まれます。
- 「被保険者記入欄」に訂正がある場合は、被保険者（請求者）の訂正印が必要となります。
- 退職（資格喪失）後の請求の場合は、母子手帳の市区町村証明欄（写）を必ず添付してください。

《事業主記入欄》

- ⑨の欄「労務に服さなかった期間」は、⑥の欄と一致するようにご記入ください。
- ⑩の欄は、該当期間に係る賃金計算月すべてを対象に、出勤した日は○、有給日は△、公休日は□、欠勤日は／の符号でマークしてください。なお、賃金計算の〆日、支払日は必ずご記入ください。
- ⑫の欄は、賃金支払があるときにご記入ください。
- 「事業主記入欄」に訂正がある場合は、事業主の訂正印が必要となります。
- 該当期間の賃金台帳（写）、出勤簿（写）を添付してください。また、その余白に欠勤控除等の計算式をご記入ください。

《医師記入欄》

- ⑮の欄は、該当事項を○で囲んでください。なお、死産の場合は妊娠何ヵ月か（ ）内にご記入ください。
- ⑯の欄は、入院して出産した時の期間をご記入ください。
- ⑰の欄で多胎の場合、胎児数を（ ）内にご記入ください。
- 「医師または助産師記入欄」に訂正がある場合は、療養を担当した医師または助産師の訂正印が必要となります。

《委任状欄》

- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください（捺印漏れのないようお願いいたします）。
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。

時効について

保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うことになります。

（※労務に服さなかった日ごとにその翌日が起算日となります。）