健康保険　出産手当金請求書

被保険者記入するところ

被保険者(請求者)記号・番号	－	被保険者(請求者)氏名		被保険者生年月日	年　月　日
被保険者(請求者)の住所とTEL	〒　－　（TEL　－　－　）				
事業所の名称		所属部署			
分娩日	令和　年　月　日				
分娩の為休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左記期間に報酬を受けたか？又は受けられるか？	・受けた・受けない ・受けられる・受けられない		
受取金融機関	銀行　支店	普通預金口座番号			
	被保険者（請求者）口座名義	フリガナ			
	ゆうちょ銀行を指定の場合は必ず他の銀行から振込みできる支店名(数字３ケタ)と口座番号を記入のこと				

医師又は助産師証明

分娩年月日	令和　年　月　日	分娩予定年月日	令和　年　月　日
正常分娩又は異常分娩の別	・正常分娩である ・異常分娩である	生産又は死産の別	・生産である ・死産である（妊娠　ヵ月）
入院して分娩した時はその期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日　日間	入院費用の別	・健保　・公費 ・自費　・その他
出産児の数	・単胎　・多胎（　児）		

上のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関名
医療機関所在地　印
医師又は助産師名

TEL　－　－

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日　日間	・退職日以降の期間は証明は不要です。 ・この期間の詳細を、下記に表示下さい。

出勤日は○、有給は△、公休日は□、欠勤日は／、期間外は－、分娩日（予定日含）は赤で表示下さい。（鉛筆書きは不可）

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	出勤日数
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		有給日数
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		

うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	支払日　年　月　日 円支払	標準報酬日額	円
	一部支給の場合	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	支払日　年　月　日 円支払	標準報酬日額	円
	支給しない場合				

上のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

住所（所在地）
事業所名称
事業主氏名

TEL　－　－

健保組合が記入

産前	実際に休務した期間 /　/　～　/　/	産後	実際に休務した期間 /　/　～　/　/	支給金額計算式(期間合計) 標準報酬日額×2/3 （　円） ×支給日数（　日） ＝　円
	産前支給日数　日		産後支給日数　日	

標準報酬月額	標準報酬日額	支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間
千円	円		
受付印	支払印	支給決定金額	百万　十万　万　千　百　十　一

資格取得喪失関係	常務理事	事務長	会計	給付
取得　年　月　日				
喪失　年　月　日				