



届書コード			届書
3	0	8	

健康保険出産手当金請求書 (第 回)

○記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号			(4)生 年 月 日			(5)支給額計算	(6)給付記録番号	(7)受取代理人	送 信	(8)受付年月日				
	(1) ※	(2) 0 0 0	(3) 0 0 0 0 0	1: 明 3: 大 5: 昭 7: 平	年	月	日	※	※		※	0: 無 1: 有	※	年	月
	(9)被保険者(請求者)の氏名と印		(フリガナ) ケンボ アイコ			健保 愛子 (健保)		(ア)事業所の名称		〇〇〇〇株式会社					
	(10)被保険者(請求者)の住所		(10)郵便番号	0 0 0 0 0 0 0			(フリガナ) 〇〇ケン〇〇ン〇〇マチ		電 話 番 号						
			(11)住所コード	※			〇〇県〇〇市〇〇町1-1		(000) 000-0000						
	(イ)被保険者の資格を取得した日		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			(ウ)被保険者の標準報酬月額		〇〇〇 千円							
	(12)分べん(予定)の日		平成	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日	(13)左記の(12)の分べん日は実分べんですか、又は予定分べんですか		
			〇 〇 〇 6 〇 1			1. 実分べん (分べん予定日 〇〇年 〇〇月 〇〇日)		2. 予定分べん							
	(14)分べんのため休んだ期間(支給期間)		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			〇〇 日間		自	※	年	月	日	日 数		
			平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					至	※	年	月	日	日 数		
(エ)うえの(14)に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		受 け た・受 け ない <u>受けられる</u> ・受けられない			(キ)報酬の支払いを受けたとき、又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支出の基礎となった(なる)期間		平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで の分として _____円								
(15)上記(14)の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院した期間		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			〇〇 日間		自	※	年	月	日	日 数			
		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日					至	※	年	月	日	日 数			
上記(14)の休んだ期間のうち自費で入院した期間		自	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			至	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日			日数	〇〇 日間				
病 院 名		〇〇〇〇総合病院			病 院 在 地		〇〇県〇〇市〇〇町2								
被扶養者がいるときは、その者の		氏 名			生 年 月 日			被保険者との続柄							

※	(16)支給算出額(手)	(17)調整減額コード	(18)海外表示	(19)特別支給コード	備 考
			0: 国内 1: 国外		

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	労務に服 さなかつ た期間 月 日 状 況 月 日 計 日間	出勤は○ 欠勤は× 有給は(有) 早退は(早) 休日は(休)	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	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	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	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	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
うえの期間の賃 金支給状況及び 計算内訳(賃金 の支給が全然な い場合は、0と 記入してくださ い。)		月分及び賃金 計算期間		区 分		年 月分		年 月分		年 月分		年 月分		年 月分		賃金の形態																	
						月 日から 月 日までの分		月 日から 月 日までの分		月 日から 月 日までの分		月 日から 月 日までの分		月 日から 月 日までの分		月 給 (月額 円)																	
		基本給		円		円		円		円		円		日 給 (日額 円)																			
		手当		円		円		円		円		円		週 給 (週額 円)																			
		手当		円		円		円		円		円		その他																			
		合計		円		円		円		円		円		円																			

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

受付日付印

事業主が証明するところ	休んだ期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合は支給する場合	(20)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日支払円
		(21)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日支払円
		(22)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日支払円
		(23)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月	日支払円
<p>以上のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業所所在地 名称</p> <p>電話 () 番 事業主氏名</p>							

医師または助産師が意見をかくところ	分べん年月日	平成 年 月 日	分べん予定年月日	平成 年 月 日	
	(カ) 正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	(キ) 出生児の数	こちらの欄も記入が必要です。			
	分べんのため入院したときはその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	(ク) 入院費用の別	健保・公費
	入院した期間のうち健康保険を適用したときはその期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		自費・その他
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 氏名</p> <p>職名 () 氏名</p> <p>電話 () 番</p>					

※	(24) 減額期間	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	金額
	(25) 全部不支給	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	
	(33) 不支給 (産前)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	
	(34) 不支給 (産後)	期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日数	

支払金融機関の欄	(26) 支払種別	※ 1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地	(28) 預金種別	1: 普通預金 2: 当座預金 3: 定期預金 4: 別段	銀行 本店 支店 郵便局
	(27) 金融機関コード	※		名義人氏名	
	(29) 口座番号	※			

受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。				
	平成 年 月 日		被保険者 (請求者) 住所		
	(30) 代理人の氏名と印	(フリガナ)	氏名		
	(32) 代理人の住所	(31) 郵便番号	(32) 住所コード	(フリガナ)	

社 会 保 険 労 務 士 記 載 欄
Ⓜ

〔記入上の注意〕

※印の欄は、記入しないでください。

○被保険者が記入するところ

1. (4) (13) 欄は該当番号、(エ) 欄は該当文字を○印で囲んでください。
2. 分べん後に請求する場合は、(12) 欄に分べん日を記入するとともに(13) 欄に分べん予定日を記入してください。
また、分べん前に請求する場合は、(12) 欄に分べん予定日を記入して下さい。
3. (14) 欄は、分べんのため事業所の勤務を休み、賃金がうけられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの日（分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては、分べん予定日）以前 42 日（多胎妊娠の場合においては、98 日）目から分べんの日後 56 日目までの間において労務に服さなかった期間が対象となります。
なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
4. 訂正したときは、(9) 欄に押した印と同じ印を押してください。
5. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。ただし、受取代理人がいる場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
6. 被保険者以外の方の押印は、省略することができません。

○事業主が記入するところ

1. 「出勤状況」欄及び「賃金支給状況及び計算内訳」欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。
2. 「出勤状況」欄は、賃金締切日に関係なく暦月で出勤は○、欠勤は×、有給は(有)、早退は(早)、事業所の休日は(休)と記入してください。
3. 「賃金支給状況及び計算内訳」欄は、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの（家族、役付、通勤、住宅手当などの固定給与）は、支払日がこなくとも記入してください。
4. 訂正したときは、事業主の印を押印してください。

○医師または助産師が意見をかくところ

1. (カ)、(キ)及び(ク)欄は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. 訂正したときは、医師又は助産師氏名のわきに押した印と同じ印を押してください。

○支払金融機関の欄

1. (28)欄は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. 口座振込を希望する場合は、(29)欄に請求者本人の口座番号を記入してください。

○受取代理人の欄

1. 受領を家族、事業主等へ委任する場合には必ず記入押印し「支払金融機関の欄」には、受領受任者の口座番号を記入してください。