

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
		決裁年月日	令和	年	月	日
支給決定額	円	常務理事	事務長	課長	係	
支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日					日間
算出の基礎	日額 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = 円					
備考						

出産手当金請求書

(第 回)

被保険者証の記号番号	記号 番号	事業所名		
資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	分娩のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額	全期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間 円を受 け る け ら れ る	
資格喪失年月日	令和 年 月 日		一部の期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間 円を受 け る け ら れ る	
*標準報酬	月 額		日 額	
	千円		円	
分娩予定年月日	令和 年 月 日	入院して分娩したとき		
分娩年月日	令和 年 月 日	病院の名称及び所在地		
*支給開始年月日	令和 年 月 日	入院した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	
分娩のため休んだ期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間			

上記のとおり請求します

令和 年 月 日

BIPROGY健康保険組合 御中

被保険者 〒 _____

住所 _____

氏名 _____ (印) _____

電話 _____

振込希望口座 _____ 銀行 _____ 支店 普通 当座 NO. _____

振込先の口座名義が旧姓の場合、旧姓の読み仮名 _____

確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
<input type="checkbox"/>	

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

被 保 険 者 記 号・番 号	記 号	被 保 険 者 氏 名
	番 号	

事 業 主 の 証 明

労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	自 令和 年 月 日	日 間	
	至 令和 年 月 日		
上 記 期 間 中 の	自 令和 年 月 日	日 間	全 額
	至 令和 年 月 日		
分 として 支 払 う	自 令和 年 月 日	日 間	一 部 支 給 額 円
	至 令和 年 月 日		
報 酬 額	令和 年 月 日 より 無 給		

上 記 の 通 り 相 違 い を 証 明 し ます。

令和 年 月 日

事業主(又は代理人)

住 所

氏 名

(印)

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明

分 娩 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	分 娩 ・ 分 娩 予 定 胎 児	
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
分 娩 の 状 態	正 常 ・ 異 常	生 死 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)
入 院 し て 分 娩 し た と き は そ の 期 間	自 令和 年 月 日	日 間	
	至 令和 年 月 日		

上 記 の 通 り 相 違 い を 証 明 し ます。

令和 年 月 日

医師又は助産師

医 療 機 関 名

住 所

医 師 名

電 話

(印)

◎ 請求上の注意

- 一、この様式は、女子被保険者が分娩して、その産前産後を通じて会社の勤務を休んだ期間の給料等の支払を受けられなかった場合に請求するものです
- 二、*箇所は記入しないでください
- 三、印鑑は朱肉印で捺印願います

記入例

注)

1. 本請求書は、必ず事業主(本籍会社)の人事部門へ提出してください。
2. 本請求書は、**産後休職終了日(「分娩のため休んだ期間」の至の日付)以降に提出**してください。
ただし、分割して請求を希望する場合は、2分割にて請求してください。
第1回:産前(お休みに入った日～出産日) → 提出日は出産日以降に提出
第2回:産後(出産日翌日～休んだ期間の終了日) → 提出日は産後休職終了日以降に提出
3. 本請求書は、片面印刷してご記入ください。

【注意事項】

出産手当金は事後申請いただくものため、産後休職終了日付以降に提出してください。

支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間			
算出の基礎	日額	円 × $\frac{2}{3}$ × 日 =	円		
備考					

請求回数を記入
(2回まで分割可)

出産手当金請求書

(第 1 回)

<p>保険証に印字されている記号と番号を記入</p> <p>被保険者証の記号番号</p> <p>記号 101</p> <p>番号 123456</p>	<p>事業所名</p> <p>BIPROGY(株)</p> <p>本籍会社名を記入</p>
<p>保険証に印字されている資格取得年月日を記入</p> <p>資格取得年月日</p> <p>昭・平・令 21 年 4 月 1 日</p>	<p>分娩のため休んだ期間中に報酬の支払を受けたか又は受けられるときはその期間と金額</p> <p>全期間</p> <p>自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日</p> <p>日間</p>
<p>退職者記入欄</p> <p>資格喪失年月日</p> <p>令和 年 月 日</p>	<p>一部の期間</p> <p>自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日</p> <p>日間</p> <p>記入不要</p>
<p>出産予定年月日を記入</p> <p>分娩予定年月日</p> <p>令和 2 年 10 月 29 日</p>	<p>入院して分娩した場合は記入</p> <p>入院して分娩したとき</p>
<p>出産した年月日を記入</p> <p>分娩年月日</p> <p>令和 2 年 10 月 31 日</p>	<p>病院の名称及び所在地</p> <p>〇〇病院 987-6543 東京都千代田区霞が関4-5-6</p>
<p>*標準報酬</p> <p>月 額 日 額</p> <p>健保記入欄</p> <p>円</p>	<p>入院した期間</p> <p>自 令和 2 年 10 月 29 日 至 令和 2 年 11 月 5 日</p> <p>8 日間</p>
<p>*支給開始年月日</p> <p>令和 健保記入欄</p>	<p>事業主へ提出する日を記入</p> <p>注)「分娩のため休んだ期間」の至の日付以降であること。 注)時効は2年ですので、急いで提出する必要はございません。</p>
<p>分娩のため休んだ期間</p> <p>自 令和 2 年 9 月 1 日 至 令和 2 年 12 月 26 日</p> <p>117 日間</p>	<p>令和 3 年 1 月 5</p>
<p>上記のとおり請求します</p>	

<在職者>
自:実際にお休みに入った日を記入
至:休んだ期間の終了日を記入
※産前産後休職期間が不明の場合は、本籍会社の人事部門にお問い合わせください

<退職者>
分娩のため休んだ期間を記入

注)分割して請求する場合は、上記の注)2を参考の上、2分割にて記入

保険組合 御中

〒 **123-4567**

東京都江東区豊洲1-2-3

豊洲 朝子

03-3123-4567

望口座 **三井住友 銀行 築地 支店** 普通 当座 NO. **1234567**

確認欄 自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者であることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。

〒、住所、氏名、電話番号、振込希望口座を記入、捺印をお願いします。(シャチハタ可)
※自署の場合は、捺印を省略できます。

振込希望口座について
<在職者>
→本人口座へ直接払いとなるため、給与振込口座を記入必要

<退職者>
→振込希望口座を記入

(ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

・自署したが確認欄にチェックがなく、かつ捺印がない場合は不備となるため返却させていただきます。
・被保険者確認のもと、他の方が作成された場合は、チェックは不要です(捺印必要)。

記入例

保険証に印字されている記号と番号を記入

被保険者 記号・番号	記号	101	被保険者氏名	豊洲 朝子
	番号	123456		

氏名を記入

事業主の証明

労務に服さなかった期間	自	令和	年	月	日	日間	
	至	令和	年	月	日		
上記期間中の	自	令和	年	月	日	日間	全額
	至	令和	年	月	日		
分として支払う	自	令和	年	月	日	日間	一部支給額 円
	至	令和	年	月	日		
報酬額	令和 年 月 日より無給						

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主(又は代理人)

住所

氏名

印

医師又は助産師の証明

分娩予定年月日	令和	年	月	日	分娩・分娩予定胎児	
分娩年月日	令和	年	月	日	単胎・多胎(児)	
分娩の状態	正常・異常	生死の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
入院して分娩したときはその期間	自	令和	年	月	日	日間
	至	令和	年	月	日	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医師又は助産師

医療機関名

住所

医師名

電話

印

赤枠内の記入・捺印は、医師又は助産婦に依頼してください。

※別紙添付不可

※第2回目の請求の場合、医師又は助産婦への依頼は不要です。(未記入で提出してください。)