

記入例

注)

- 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。
- 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
- 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>保険証に印字されている資格取得年月日を記入</p> <p>退職者記入欄</p> <p>出産予定年月日を記入</p> <p>出産した年月日を記入</p>	<p>被保険者証の記号番号</p> <p>記号 101 番号 123456</p> <p>資格取得年月日 昭・平・令 21 年 4 月 1 日</p> <p>資格喪失年月日 令和 年 月 日</p> <p>*標準報酬 月 額 日 額 健保記入欄 円</p> <p>分娩予定年月日 令和 2 年 10 月 29 日</p> <p>分娩年月日 令和 2 年 10 月 31 日</p> <p>*支給開始年月日 令和 健保記入欄</p> <p>分娩のため休んだ期間 自 令和 2 年 9 月 1 日 117 日間 至 令和 2 年 12 月 26 日</p>	<p>事業所名</p> <p>BIPROGY(株)</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 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日</p> <p>一部の期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日</p> <p>その他</p> <p>記入不要</p> <p>入院して分娩したときは記入</p> <p>入院して分娩したとき</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>入院した期間 自 令和 2 年 10 月 29 日 8 日間 至 令和 2 年 11 月 5 日</p>	<p>本籍会社名を記入</p> <p>令和 3 年 1 月 5 日</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>
---	--	---	--

<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

上記のとおり請求します

令和 3 年 1 月 5 日

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

普通 1234567
当座

望口座 三井住友 銀行 築地 支店 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

(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。)

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

・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		
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 分として支払う	自 令和 年 月 日	日間	全額
	自 令和 年 月 日	日間	一部支給額 円
報酬額	至 令和 年 月 日		
	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 ①			
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 ①			
電 話			

氏名を記入

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。)