

記入例

- 注)
- 本請求書は、片面印刷してご記入ください。両面印刷されている場合は不備となり、再提出をお願いすることとなります。
 - 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
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
 - 出産手当金は事後申請いただくもののため、「産後休職終了日」以降に提出してください。

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)

保険証に印字されている記号と番号を記入 被保険者等記号・番号 記号 101 番号 123456	事業所名 BIPROGY(株) 本籍会社名を記入
保険証に印字されている資格取得年月日を記入 資格取得年月日 昭・平・令 21 年 4 月 1 日	全期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間 円を受けられる
退職者記入欄 資格喪失年月日 令和 年 月 日	一部の期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間 円を受けられる 記入不要
産産予定年月日を記入 分娩予定年月日 令和 2 年 10 月 29 日	入院して分娩したとき 入院して分娩したとき
産産した年月日を記入 分娩年月日 令和 2 年 10 月 31 日	病院の名称及び所在地 〇〇病院 987-6543 東京都千代田区霞が関4-5-6
*標準報酬 月 額 日 額 健保記入欄 円	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
*支給開始年月日 令和 2 年 9 月 1 日	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
上記の請求します	令和 3 年 1 月 5 日

<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

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

口座名義(フリガナ) **トヨス アサコ**

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。

事業主へ提出する日を記入
 注)「分娩のため休んだ期間」の至の日付以降であること

〒、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

・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

被保険者等 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	
	至 令和 年 月 日			
報酬額	自 令和 年 月 日	日間	一部支給額	円
	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 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 印				
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。)