

健康保険 出産手当金請求書

① (第 1 回目)

被 保 険 者 が 証 明 す る 欄	① 被保険者証の 記号・番号	記号 54 番号 136	② 被保険者の (請求者) 氏名と印	小泉 純子		
	③ 被保険者 (請求者) の住所	〒179-1234 練馬区練馬 4-1-1		(電話番号) 03 (3331) 1234		
	④ 事業所の 名称	駿河台信用金庫				
	⑤ 被保険者の 資格を取得 した年月日	平成 25 年 4 月 1 日	⑥ 被保険者の 標準報酬月額	220 千円		
	⑦ この請求は出産前の期間にかかるものですか、又は 出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方 の期間にかかるものですか。					
	⑧ 出 産 年 月 日	令和 〇〇 年 7 月 1 日	⑨ 出 産 予 定 年 月 日	令和 〇〇 年 7 月 3 日		
	⑩ 出 産 の た め 休 ん だ 期 間	令和 〇〇 年 5 月 23 日から 令和 〇〇 年 8 月 26 日まで	96 日間			
	⑪ うえの⑩に書いた期間の分の報酬を受けま したか、又は受けられますか		受けた・ <u>受けない</u> 受けられる・ <u>受けられない</u>			
	⑫ 報酬支払を受けたとき、又は受けられる ときは、その報酬の額とその報酬額支払の 基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 円			
	⑬ 出産で入院した ときはその病院 名及び所在地		病 院 名 豊島産婦人科医院 病 院 の 豊島区池袋 1-1-1			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		令和 〇〇 年 8 月 30 日
	住所	〒179-1234 練馬区練馬 4-1-1	
	被保険者 氏名	小泉 純子	
	住所	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1-1-1	
代理人 (事業主) 氏名	駿河台信用金庫 理事長 堀 一郎		

※	支給期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)
	支給額	日 額 日 数 日 = 円 $\text{円} \times \frac{2}{3} \times \text{日} =$ 円

※	費 得	平成 年 月 日	領
	費 和	令和 年 月 日	

事 業 主 が 証 明 す る 欄	① 労務に服さ なかった期間	令和 〇〇 年 5 月 23 日から 令和 〇〇 年 8 月 26 日まで	96 日間	
	② うえの期間中の分と して、報酬を全額又 は一部支給した場合 又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日 支払 (日 額 円)	円	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日 支払 (日 額 円)	円	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日 支払 (日 額 円)	円	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日 支払 (日 額 円)	円	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として (月 日 支払 (日 額 円)	円	
	③ 現在までも、また 将来も支給しない場合 は、その旨	現在までもまた将来も支給しない。		
	④ うえのとおり相違ないことを証明します。			令和 〇〇 年 8 月 30 日
	事業主 住所 氏名	101-0062 東京都千代田区神田駿河台 1-1-1 駿河台信用金庫 理事長 堀 一郎 電話 03 (3333) 5678		

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	① 出 産 年 月 日	令和 〇〇 年 7 月 1 日	② 出 産 予 定 年 月 日	令和 〇〇 年 7 月 3 日	
	③ 正 常 出 産 又 は 異 常 出 産 の 別	<u>正 常</u> 異 常	④ 生 産 又 は 死 産 の 別	<u>生 産</u> 死 産 (妊娠 ヵ月)	
			⑤ 出 生 児 の 数	<u>単 胎</u> 多 胎 (妊娠 ヵ月)	
	⑥ 入 院 し た と き は 、 そ の 期 間	令和 〇〇 年 7 月 1 日から 令和 〇〇 年 7 月 5 日まで	5 日間	⑦ 入 院 費 用 の 別	健 保・公 費 <u>自 費</u> その他
	⑧ うえのとおり相違ありません。				令和 〇〇 年 7 月 10 日
	⑨ 平 住所 氏名	171-1234 豊島区池袋 1-1-1 豊島産婦人科医院 医師・助産師 氏名 木村 実 電話 03 (3333) 1111			

東京都信用金庫健康保険組合

※ 記号・番号を記入した場合、備考欄への記入は不要です。

※ 領収書は必ず記入し、請求書と併せて提出してください。領収書は必ず記入してください。
(領収書は必ず記入してください。領収書は必ず記入してください。領収書は必ず記入してください。)

〔記入上の注意〕

- 1 出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は出産（出産の日が予定日より遅れた場合においては、出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合においては、98日）目から出産の日後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。
- 2 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- 3 ※印の欄は、記入しないでください。

〔事業主へのお願い〕

- 1 ⑮欄は、報酬等が支給されていない場合は、「現在までにも、また将来も支給しない」と記入してください。
- 2 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

〔医師・助産師へのお願い〕

- 1 ⑲、⑳、㉑、㉒欄は、それぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
- 2 ㉑欄の「死産」をマルで囲んだ場合は、妊娠何カ月の死産であるかを当該欄に付記してください。