

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書

注意事項

① 消えないボールペンで記入してください。
② 訂正するときは被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。訂正印でも構いません。

被保険者証の記号一番号	—		被保険者の氏名		
被保険者の資格を取得した日	昭和 平成	年 月 日	生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の現住所	〒 _____ 日中に連絡がとれる電話番号 ()				
被保険者の勤務する事業所名	(内線 —)				
今回の申請は出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか	出産前の申請 ・ 出産後の申請		出産予定日	令和	年 月 日
			出産日	令和	年 月 日
出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				
上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか	はい ・ いいえ				
上記で「はい」と答えた場合は、その報酬額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで _____ 円		
出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)				

金融機関名称	銀行 金庫 本店 支店		信金 本店営業 出張所		
預金種別	普通	口座番号	その他()		
口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請書 <input type="checkbox"/> 2.代理人	口座名義(カタカナ)	▼口座名義区分「1」の場合は保険証と同じ名前の口座名義を記入してください		

「2」の場合は必ず記入してください。

被保険者(申請者)	令和 年 月 日 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名 _____ 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人(口座名義人)	〒 — TEL () 住所 _____ (フリガナ) 氏名 _____	被保険者との関係

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					
上記の期間に対して賃金を支給しました(します)か	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※「はい」と回答の場合、ここから下の欄を必ず記入して下さい。	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給(固定給) <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 _____ 日 支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月
労務に服さなかった期間の通勤手当について	通勤手当は支給しましたか? ⇒ はい ・ いいえ 支給した場合、支給期間を記入して下さい⇒ 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分を支給 支給した場合の精算方法⇒ 年 月に支給した ~ までの分を 年 月 給与で控除					
上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。勤怠表と賃金台帳の写しを必ず添付してください。						
事業主が証明する欄	報酬の種類	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	※欠勤控除額がある場合、翌月控除であっても当月に記入し計算方法も記入して下さい。	
	基本給					
	通勤手当					
	欠勤控除額※					
	支給額合計					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 _____ 令和 年 月 日					
事業所所在地 _____						
事業所名称 _____						
事業主氏名 _____						
電話 () _____						

出産予定年月日	令和 年 月 日
出産年月日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)
生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
医師又は助産師記入欄	上記のとおり相違ありません。 _____ 令和 年 月 日 医療施設の所在地 _____ 医療施設の名称 _____ 医師・助産師の氏名 _____ 電話 () _____