

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。

被保険者等の 記号-番号	10 - 9999	被保険者 (申請者) の氏名	白方 花子
被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日 令和	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日 令和
被保険者の 現住所	〒102-0000 東京都新宿区北新宿2-8-1 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	株式会社 博報堂 (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 ○日から		12,345 円
出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 2 児 )		

金融機関 名称	○ ○	銀行 金庫 本店 支店 信金 本店営業 出張所 その他( )
預金種別	普通	口座番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ◀右つめで記入してください
口座名義 の区分	1.申請者 2.代理人	▼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 ハ ク ホ ウ ハ ナ コ

「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
労務に服さなかつた期間 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
出生児数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )
生産又は死産の別	生産 ・ 死産 ( 妊娠 週 )
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 ( )	

全ての欄を漏れなく医師又は助産師に  
記入してもらってください。