

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<br>記号-番号   | 10 - 9999   | 被保険者の<br>氏名 | 白方 花子                   |
| 被保険者の資格<br>を取得した日   | 昭和<br>平成 ○年 ○月 ○日<br>令和                                   | 生年月日        | 昭和<br>平成 ○年 ○月 ○日<br>令和 |
| 被保険者の<br>現住所  | 〒102-0000<br>東京都新宿区北新宿2-8-1<br>日中に連絡がとれる電話番号 ○○(○○○○)○○○○ |             |                         |
| 被保険者の勤務<br>する事業所名   | 株式会社 博報堂 (内線 ○○○ - ○○○○)                                  |             |                         |
| 今回の申請は出産<br>前の申請ですか、それとも出産後の申請<br>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<br>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<br>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<br>の報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入し<br>てください | 令和 ○年 ○月 ○日から<br>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<br>名称  | ○ ○ 銀行 金庫 本店 支店<br>信金 本店営業 出張所<br>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<br>の区分 | ▼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<br>1.申請書 2.代理人<br>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<br>(申請者)  | 令和 年 月 日<br>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。<br>氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
| 代理人<br>(口座名義人) | 〒 - TEL ( )<br>住所 (フリガナ)<br>氏名 被保険者との関係                                 |

受付日付印

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |  |
|-----------------------|--|

|  |   |
|--|---|
| 労務に服さな<br>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<br>賃金を支給しました<br>(します)か                                   | <input type="checkbox"/> はい ※「はい」と回答の場合、ここから<br>下の欄を必ず記入して下さい。<br><input type="checkbox"/> いいえ  |
| 給与の種類  | <input type="checkbox"/> 月給(固定給) <input type="checkbox"/> 時間給<br><input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給<br><input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他 |
| 賃金計算   | 締日 日<br>支払日 <input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月   |
| 労務に服さなかつた期間<br>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<br>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<br>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。              |   |
| 支給した(する)報酬内訳   | ※欠勤控除額がある場合、翌月控除<br>であっても当月に記入し計算方法も記<br>入して下さい。  |
| 期間   | 月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 ~<br>月 日分 月 日分 月 日分   |
| 報酬の種類  | 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<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>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<br>医療施設の所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名<br>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。