

# 健康保険 出産手当金 請求書

## 出産手当金付加金

### 請求者が記入するところ

下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。

保険証の記号番号	—	事業所			
被保険者氏名	Ⓜ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です					
被保険者住所	〒				
出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	妊娠の別	単胎・多胎
出産のため会社を休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
上記の期間中に報酬を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
※1 備考					

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

### 医師または助産師が証明するところ

出産した者の氏名		生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)		
出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	妊娠の別	単胎・多胎

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師名

電話番号

印

【取得】

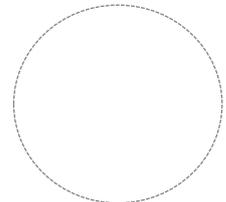
【喪失】

年	月	日	年	月	日
平均額		日額			

出産手当金	年 月 日から	年 月 日まで	日間	日額	給付額
出産手当金付加金	年 月 日から	年 月 日まで	日間	日額	給付額

受付印

	課長	係長	係
所属			



事業主が証明するところ

被保険者氏名

記入者氏名

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

左記の期間に  
 対する報酬  あり  
 なし

労務に服さなかった期間の勤務状況

【欠勤(産休)→× 出勤→○ 有給→△ 公休→公 育休→●】

産休日数

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	
月																																	日
月																																	日
月																																	日
月																																	日
月																																	日

給与の種類  月給  日給  日給月給  
 時間給  その他( )

勤怠締日 毎月 日

賃金支払日  当月  翌月 日

通勤手当  なし  通勤定期 → 定期代 月 日から ヶ月定期 円  
 実費払 → 交通費 1日 円 日分

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況

報酬内訳	支給額				賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等) 記入欄
	単価	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	月 日～ 月 日	
基本給					
通勤手当					
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

印

添付書類:(1円以上の賃金支払いがある場合のみ)申請期間にかかる出勤簿、賃金台帳の写しを提出してください。

欠勤控除が翌月以降にされた場合は、欠勤控除がされた月の賃金台帳も必要となります。