健康保険　出産手当金 出産手当金付加金　請求書

記入例

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。

記号番号	○○　－　○○○○○	事業所	○○株式会社
被保険者氏名	阪急　夢子　㊞ 被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です	生年月日	昭和 / 平成（○）　1年　4月　1日
被保険者住所	〒○○○-○○○○ 大阪市北区○○　○丁目○○番地		
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、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		

医師（または助産師）記入欄

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

住所（所在地）

医療機関名

医師名

電話番号

【取得】　年　月　日　　【喪失】　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

所属	課長	係長	係

阪急阪神健康保険組合

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→●】

	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	産休日数
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

事業主記入欄

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況

		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	
報酬内訳	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

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。