

出産手当金請求書

(第 回 目)

健康保険

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号		③ 生 年 月 日				④ 勤務先(配属先)事業所				
	①	②	5 : 昭	年	月	日	(ア) 名称				
	1 0 0		7 : 平				(イ) 所在地	〒			
	⑤ 被保険者(請求者)の氏名と印		フリガナ				⑥ 被保険者の資格を取得した年月日		平成・令和 年 月 日		
	⑦ 被保険者(請求者)の住所		郵便番号	フリガナ				(電話番号)			
			〒								
	⑧ 今回の出産手当金の申請は、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				
	⑨ 上記⑨で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。						出 産 予 定 日	平成・令和 年 月 日			
	「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。						出 産 日	平成・令和 年 月 日			
	⑩ 出産のため休んだ期間(申請期間)		平成・令和 年 月 日から				日間				
		平成・令和 年 月 日まで									
⑪ 上記⑩の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または、受けられますか。		受けた・受けない		⑫ 報酬の支払を受けた(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間		平成・令和 年 月 日から		の分として			
		受けられる・受けられない				平成・令和 年 月 日まで		円			
⑬ 振込希望口座	金融機関	銀行 金庫 信組				本店 支店					
	預金種別	1. 普通 口座	フリガナ								
	2. 当 座 番号										

出産手当金の請求の際は、出勤簿を添付して日本年金機構本部労務管理部厚生グループに提出してください。なお、資格喪失後の請求書の提出先は、直接健康保険組合になります。請求期間に退職前の期間を含む場合は、厚生グループへ提出してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						令和 年 月 日				
	被保険者(請求者)住所		氏名				印				
	代理人の氏名と印	印				委任者と代理人との関係					
代理人の住所等											

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産者氏名									
	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日			出産年月日	平成・令和 年 月 日				
	出生児の数	単胎・多胎(児)			生産または死産の別	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		印	
								電話 ()		

令和 年 月 日 提出

事業主が証明する欄	⑭ 労務に服さなかった期間		出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。																								出勤	有給								
	年 月 日から	年 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	計	日	日
		年 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	計	日	日
	年 月 日まで	年 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	計	日	日
		年 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	計	日	日
	日間	年 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	計	日	日
	⑮ (ウ) 労務に服することができなかつた期間に対する賃金の支給の有無 <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し																										(オ) 給与の種類 (○で囲んでください。)									
	⑮ (エ) 労務に服することができなかつた期間を含む賃金支給状況を下欄に記入してください。																										月給	日給	日給月給							
																											時間給	歩合給	その他							
	⑮ 支給した(する)賃金内訳		単 価	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	月 日 ~ 月 日分	○ 賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入してください。																													
基本給			支給額	支給額	支給額																															
通勤手当																																				
住居手当																																				
扶養手当																																				
計																																				
⑯ 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		東京都杉並区高井戸西3-5-24																																		
事業所名称		日本年金機構																																		
事業主氏名																										印	電話	03-5344-1100								