



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱 者	被扶養者 台帳照合印
支払年月日	平成 年 月 日					
支 払 額	拾万: 万: 千: 百: 拾: 円					
法定	拾万: 万: 千: 百: 拾: 円	資 得	年 月 日	前 始	年 月 日	
附加		格 喪	年 月 日	回 終	年 月 日	
法定	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	法第55条	該当・不該当	入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
附加	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間	標準報酬日額				
分べんの日	平成 年 月 日			円		

(被保険者への注意事)

- ②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
- ⑨の(A)、⑨の(B)の「分べん」をみればわかります。
- ⑩の(A)および⑩の(B)の「分べん」は、それぞれ「分べん」の別、⑩の(A)、⑩の(B)の下さい。なお、⑩の(A)は、現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
- ⑪の(A)は、現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。

- ⑩の(A)は、現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
 - ⑩の(B)は、現在までも「受けない」が将来は「受けられる」場合は、両方の事項を丸でかこんでください。
- 休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べんの日(分べんの日)以前42日(多胎妊娠の場合に遅れた場合においては分べんの日(分べんの日)以前56日)までの期間を限度として支給されます。なお、分べんの当日は、分べんの日以前(期間)に含まれます。給付金の受領方を他人に委任するときは、および給付金を受取るたときは、それぞれ委任状および領収書に記入押印してください。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。

健康保険 出産手当金・出産手当附加金請求書 ① (第 回)

② 被保険者の記号と番号	000 第 0000 号	③ 被保険者の氏名と印	健保 愛子 	④	
⑤ 被保険者の現住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 方				
⑥ 被保険者の勤務する事業所名	〇〇〇〇株式会社				
⑦ 被保険者の資格を取得した日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	⑧ 被保険者の標準報酬月額	〇〇〇千 円		
(A) この請求は分べん前のものですか、分べん後のものですか		分べん前 ・ <u>分べん後</u>			
⑨ (B) 分べん前のときは、分べん予定日、 分べん後のときは、分べんの日		平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日分べん 平成 年 月 日分べん予定			
⑩ 分べんのため休んだ期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	〇〇 日間			
⑪ (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか		受けた <u>受けない</u> ・受けられる・受けられない			
⑪ (B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として 円		
⑫ (A) 入院して分べんしましたか、入院しないで分べんしましたか		<u>入院分べん</u> 入院外分べん			
(B) ① 病院又は産院名		〇〇〇〇病院	② 病院又は産院の所在地		
③ 入院した期間		平成 〇年 〇月 〇日から平成 〇年 〇月 〇日まで 〇日間			
④ 入院して分べんしたとき		① ② ③	④		
① ② ③		④ ⑤ ⑥	⑦ ⑧		
① ② ③		④ ⑤ ⑥	⑦ ⑧		
① ② ③		④ ⑤ ⑥	⑦ ⑧		

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出 ※

事業所
担当者印

領 収 書

金 円也領収いたしました。

平成 年 月 日

健康保険組合理事長殿

氏 名

受付日付印

事業主が証明するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	日間
	⑭ うえの期間中の分として支払う報酬関係	㉑ 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
		㉒ 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から 金 円 日額 平成 年 月 日まで (月 日支払) 金 円
	㉓ 現在までも又将来も支給しない場合は、その旨		
うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 ⑮ 住 所 事業主 ⑯ 氏 名 ⑰ ⑱ 電話 () 番			

事業主への
(注意事項)

- ⑭の㉑と㉒にわたるときは、両欄にわけて記載してください。
- ⑭の㉑欄は、現在までも、将来も支給しないとときは、「支給しない」と記載してください。
- 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、証明を行う必要があります。

医師又は助産師が意見をかくところ	⑬ 分べん年月日又は分べん予定年月日	平成 年 月 日 分べん 平成 年 月 日 分べん予定	
	⑭ 分べん後のときは正常分べん又は異常分べんの別	正常・異常	⑳ 分べん後のときは、生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)
			㉑ 単胎または多胎の別 単胎 多胎
	⑮ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	㉒ 入院費用の別 健保・自費 公費・その他
うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 ㉓ 職名 (㉔) 住所 ㉕ 氏名 ㉖ ⑰ ⑱ 電話 () 番			

(医師又は助産師への注意事項)

- ⑮の「分べん、分べん予定」、⑱、㉑および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
- ㉑欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾箇月の死産であるかを当該欄に付記して下さい。
- 分べん費請求書と同じ意見を記載する場合は、㉑、㉒以外の証明については記載を省略しても結構です。

委任状	私は	を代理人と定め、平成 年 月 日に請求した出産手当金及び同附加金、金 円也の受領を委任します。
		平成 年 月 日
	本人	住所 氏名 ⑱
	代理人	住所 氏名 ⑱

- ⑫ 印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
- ⑬ 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押し印と同じ印(①から⑭までの訂正箇所には④の印、⑮から⑱までの訂正箇所には⑰の印、⑲から(26)までの訂正箇所には(27)の印)を訂正印として押し下さい。
- ⑳ ㉑、㉒の(B)、㉓の(B)の(ウ)、㉔および(22)の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。