健康保険出産手当金請求書

（第　　回目）

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

◎被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号		② 被保険者氏名	③ 生年月日　5：昭 7：平 9：令　年　月　日
④ 被保険者（請求者）の住所	〒　－　電話　（　）		
⑤ 事業所の	名称		
	所在地	〒　－　電話　（　）	
⑥ 被保険者の資格取得年月日	5：昭 7：平 9：令　年　月　日	⑦ 標準報酬月額	千円
⑧ 分娩前に請求するときは（A）分娩予定年月日を、分娩後に請求するときは（A）の分娩予定日と（B）の分娩のあった年月日		（A）分娩予定日	7：平 9：令　年　月　日
		（B）分娩日	7：平 9：令　年　月　日
⑨ 分娩のため休んだ期間	自　令和　年　月　日から　至　令和　年　月　日まで　日間		
⑩-A うえの⑨に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、または受けられますか	受けた　・　受けない　・　受けられる　・　受けられない		
⑩-B 報酬支払を受けたときまた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	自　令和　年　月　日から　至　令和　年　月　日まで　の分として　円		

◎「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関欄	金融機関コード		支店番号		口座番号
	金融機関名	銀行　　支店			
	預金種別	普通・当座	口座名義人（カタカナ）		

2. 事業所払い（個人振込の場合は記入しないでください）

令和　年　月　日提出

組合受付印

委任状	私は下記の者を代理人と定め出産手当金の受領方を委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名（請求者） 給付金受領責任者

出勤簿・賃金台帳の写しを必ず添付してください。

事業主が証明するところ

⑪ 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

⑫ 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。

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 出勤	計 有給
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		
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		
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		
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		
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	日	日

⑬ うえの期間中の分として、報酬を全部又は一部支給した場合又は支給する場合	全部・一部	(自) 年	月	日	(至) 年	月	日	日間	円	月 日支払 日額 円
	全部・一部	(自) 年	月	日	(至) 年	月	日	日間	円	月 日支払 日額 円
	全部・一部	(自) 年	月	日	(至) 年	月	日	日間	円	月 日支払 日額 円
	全部・一部	(自) 年	月	日	(至) 年	月	日	日間	円	月 日支払 日額 円

⑭ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨	

⑮ 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
電話　（　）

医師又は助産師が意見を書くところ

⑯ 分娩年月日	令和　年　月　日	⑰ 分娩予定年月日	令和　年　月　日
⑱ 正常分娩または異常分娩の別	正常　・　異常	⑲ 生産または死産の別	生産　・　死産（妊娠　か月）
⑳ 入院して分娩したときは、その期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	㉑ 入院費用の別	健保　・　公費 自費　・　その他
㉒ 出生児の数	単胎　・　双胎（　児）		

㉓ 上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関所在地
医療機関の名称
医師の氏名
電話　（　）

東京都土木建築健康保険組合

訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。
※二重線の近くに事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。

（「被保険者が記入するところ」欄の注意事項）

1.　⑩-Aは、現在までにも「受けない」が将来も「受けられない」場合、また現在までには「受けない」が将来は「受けられる」場合は両方の事項を〇で囲んでください。
2.　出産手当金は女性被保険者が分娩のため事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので分娩日（分娩日が予定日より遅れた場合は分娩予定日）以前42日（多胎の場合は98日）日から分娩日後、56日目までの期間を限度として支給されます。

（「事業主が証明するところ」欄の注意事項）

3.　⑭は現在までにも、将来も支給しないときは「支給しない」と記載してください。
4.　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せん。

（「医師又は助産師が意見を書くところ」欄の注意事項）

5.　分娩後の場合、⑯、⑰両方とも記入してください。
6.　⑲を「死産」に〇した場合、妊娠幾か月の死産であるかを当該欄に付記してください。