記載例

健康保険出産手当金請求書

（第　　回目）

◎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。

必ずA3用紙に印刷してご使用ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	1 2 3 4	1 2 3	
② 被保険者氏名	健保　花子		
③ 生年月日	5：昭 7：平 ⑨：令	年 0 1	月 0 2	日 0 3
④ 被保険者（請求者）の住所	〒 ○○－○○ 東京都中央区△△　×ー×	電話　○○（○○○）○○○○	
⑤ 事業所の 名称	○○土建株式会社		
所在地	〒 000 － 0000 東京都中央区○-○-○	電話　00（0000）0000	
⑥ 被保険者の資格取得年月日	5：昭 7：平 ⑨：令	年 0 2	月 0 4	日 0 1
⑦ 標準報酬月額	440 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 0 5	月 0 4	日 2 3
	(B) 分娩日	7：平 ⑨：令	年 0 5	月 0 4	日 1 8
⑨ 分娩のため休んだ期間	自　令和　5　年　3　月　8　日から 至　令和　5　年　6　月　13　日まで　98　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

東京都土木建築健康保険組合

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

| | | | | |