

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号				記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください								③ 被保険者の 資格を取得 した年月日		年 月 日									
	①		②																					
	④ 被保険者の 氏 名		(フリガナ)										⑤ 被保険者の 生 年 月 日		昭 和		年		月		日			
	⑥ 請 求 者 の 氏 名		(フリガナ)										⑦ 事 業 所 の 名 称											
	⑧ 被保険者 (請求者) の 住 所		郵便 番 号				(フリガナ)										電 話 ()							
	⑨ 分 べ ん の 日		令 和			年			月			日	⑩ 左 記 の ⑨ の 分 べ ん 日 は		1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん									
	⑪ 分 べ ん の た め 仕 事 を 休 ん だ 期 間 (請 求 期 間)		年 月 日から 年 月 日まで 日間																					
分べんで 入院した とき		⑫ 入 院 期 間		年 月 日から 年 月 日まで										日間		病 院 名								

支 払 金 融 機 関 の 欄	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。																			
	⑬ 金 融 機 関 名 称		銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他:()																本店・支店 代理店・出張所・本店営業部 本所・支所	
	⑭ 預 金 種 別		1：普通		2：当座		3：別段		4：通知		⑮ 口 座 番 号									
	⑯ 口 座 名 義 カタカナで ご記入ください		※必ず被保険者(請求者)の名義であること																	

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	分 べ ん 年 月 日	年 月 日				分 べ ん 予 定 年 月 日	年 月 日			
	正常分べん又は 異常分べんの別	正 常 ・ 異 常				生産又は死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 か月)			
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)								
	入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間				入院期間のうち 健 保 入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	上記のとおり相違ありません 医療機関(助産院)所在地 年 月 日 医 療 機 関 の 名 称 医 師 (助 産 師) の 氏 名 電 話 ()									

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

受付日付印

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回)

事業主記入用

○賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください

被保険者氏名																				
事業主が証明するところ	⑰ 労務に服さなかった日（出勤は○で、有給は△で、公休は公で、週休は週で、欠勤は / でそれぞれ表示してください）																	出勤	有給	
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	月																			
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	月																			
	年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
	月																			
年	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	日	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
月																				
⑱	支給期間 区分	単 価				月 日～		月 日～		月 日～		月 日～		給与の種類 ○内をチェック してください						
						月 日		月 日		月 日		月 日								
	基 本 給													月 給						
	家 族 手 当													日 給						
	地 域 手 当													日 給						
	通 勤 手 当													日 給						
	手 当													月 給						
														時 間 給						
														歩 合 給						
														そ の 他						
	計																			
	賃金計算					締日					支払日									

上記のとおり相違ないことを証明します

年 月 日 事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

記載者氏名

最終確認者氏名

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。