健康保険

出産手当金請求書

①
（第　　回目）

裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被保険者が記入するところ

② 被保険者等記号・番号 ― ※記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入	被保険者の氏名及び生年月日	③ 昭・平　年　月　日	④本請求書の提出を事業主に依頼します チェック ☐
⑤ 被保険者の現住所	郵便番号　― TEL　（　　） 携帯　（　　） 方		
⑥ 事業所の名称			
⑦ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑧ 標準報酬月額	千円
⑨ この請求は出産前のものですか、出産後のものですか	出産前　・　出産後		

⑩ 出産年月日 出産予定年月日	出産年月日	出産予定年月日	出生児の数	
	年　月　日	年　月　日	単胎	多胎

⑪出産のため休んだ期間 **(請求期間)**	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
⑫上記⑪の期間で報酬を受けたときは、その報酬額と支払の基礎となった期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	の　日間分として　円
⑬ Ⓐ入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか	入院出産　・　入院外出産	

Ⓑ入院出産の場合は				
㋐病院又は産院名		㋑病院又は産院の所在地		
㋒入院した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間			
㋓ 自費で入院しましたか 健康保険で入院しましたか	自費　・　健保　・　その他	㋔ 被扶養者がおりますか	いる　・　いない	

受取代理人欄			
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		
代理人の氏名	（フリガナ）		委任者と代理人との関係

☐ **マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）**

※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。

※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振込先指定口座			
銀行コード	支店コード		
銀行・農協 信金・信組	本店 支店		
普通　・　当座	口座番号		
口座名義		フリガナ	

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

この書類の送付先は

〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2

東京薬業健康保険
組合　給付課　宛

受付日付印

東京薬業健康保険組合

事業主が証明するところ

記号		番号		被保険者名	

⑭勤務状況（出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入してください）

※労務に服することができなかった期間を含む賃金集計期間の勤務状況を表示してください		出勤	有休
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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
令和　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

給与形態	給与（　日〆）（　日払）当月・翌月 控除（　日〆）当月・翌月（　日）	月給・日給・時間給（　円／h） 歩合給・その他（　）

⑮支給した（する）賃金内訳

期間／区分	基となる金額	令和　年　月　日～　月　日分 支給額	令和　年　月　日～　月　日分 控除額	●欠勤控除計算式等について記入してください（書ききれない場合は別紙にご記載ください）
基本給				
手当				
手当				
手当				

交通費（前払含む）	有・無	令和　年　月　日～　年　月　日の分として（　）円	精算済みの場合は	払戻日　月　日 払戻額　円
社宅	有・無	居住スペース（　）畳	勤務地（　）	自己負担額（　）円

⑯現在までもまた将来も支給しない場合はその旨		⑰担当者氏名	

上記のとおり相違ないことを証明します

令和　年　月　日

事業主　⑱事業所名・所在地

⑲氏名　TEL（　）

医師又は助産師が意見を書くところ

⑳出産者氏名			
㉑出産年月日 出産予定年月日	出産年月日 年　月　日	出産予定年月日 年　月　日	出生児の数 単胎　多胎
㉒出産後のときは正常出産または異常出産の別	正常・異常	㉓出産後のときは生産または死産の別	生産・死産（　ヵ月）
㉔入院して出産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	㉕入院費用の別	健保・自費 公費・その他

上記のとおり相違ないことを証明します

令和　年　月　日

㉖医療施設所在地

㉗医療施設名称

㉘医師・助産師の氏名

TEL（　）

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

※※裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください※※

※※記入方法及び注意事項※※

〔被保険者の注意事項〕

1. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず④の欄にチェックしてください。
2. 証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所及び氏名を明記した翻訳文を添付してください。
3. 出産手当金は、女子被保険者が出産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す。その期間は出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前42日間（多胎の場合においては98日間）、出産の日後56日間以内を限度として支給されます。
4. 保険給付金の請求権の消滅時効は2年となります。
   出産手当金の時効の起算日は「労務に服さなかった日ごとにその翌日」となります。

〔事業主の注意事項〕

1. 記入欄が不足する場合は、証明欄をもう1枚用意し、それぞれに記入してください。
2. 請求期間にかかる出勤簿と賃金台帳を添付してください。
   （月の途中からの請求などの場合は請求期間が含まれる月の分を全て添付してください）
3. 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、正しい内容と事業主の氏名（サイン）をご記入ください。

〔医師の注意事項〕

1. ㉑欄の「出産年月日・出産予定年月日」は出産後の請求であるときは両方とも必ず記入してください。
2. ㉓欄の「死産」を〇でかこんだ場合は、妊娠何カ月の死産であるか記入してください。
3. 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、正しい内容と医師または助産師の氏名（サイン）をご記入ください。

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。