健康保険

出産手当金請求書

①（第　　回目）

裏面の「記入方法及び注意事項」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	③被保険者 氏名及び 生年月日	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（請求者） の現住所	郵便番号　－ ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください	TEL　（　）	方
⑥事業所名称			
⑦被保険者の資格 を取得した日	平成 令和　年　月　日	⑧出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）
⑨出産年月日 出産予定年月日	出産年月日 令和　年　月　日	出産予定年月日 令和　年　月　日	
⑩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

振込先指定口座

☐ **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。また、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。

銀行コード　支店コード 銀行・農協 信金・信組　本店 支店		預金種別 普通・当座	口座番号
口座名義	フリガナ		

※被保険者以外**(家族等)の口座を指定する場合**は、**必ず下記の受取代理人欄に記入**してください。

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　住所

氏名

代理人 の氏名	フリガナ	委任者と代理人の関係

受付日付印

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

東京薬業健康保険組合

裏面の「記入方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

事業主が証明するところ

記号		番号		被保険者氏名	

⑪賃金計算期間の勤務状況（出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入してください）

		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）の当月・翌月（　日払） 控除（　日〆）の当月・翌月（　日控除）	月給　・　日給　・　時間給（　円／h） 歩合給　・　その他（　）

⑫支給した（する）賃金内訳

区分＼期間	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
基本給			
手当			
手当			
手当			

●欠勤控除計算式等について記入して下さい
（足りない場合は別紙に記載してください）

交通費（前払含む）	有	⇒　月　日 ～　月　日分として（　）円	左記交通費が精算済みの場合 ⇒	月　日～　月　日分を精算
	無	定期（ 1か月 / 3か月 / 6か月 ）・ 実費（日払）		精算額（　）円
社宅	有・無	居住スペース（　）㎡ / 勤務地（　） / 自己負担額（　）円		

上記のとおり相違ないことを証明します

⑬事業所所在地

⑭事業所名称

⑮事業主氏名

⑯担当者氏名
（担当者連絡先　－　－　）

⑰証明日
令和　年　月　日

医師又は助産師が意見を書くところ

⑱出産者氏名			
⑲出産年月日 出産予定年月日	出産年月日 令和　年　月　日	出産予定年月日 令和　年　月　日	
⑳出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	㉑生産または死産の別	生産 ・ 死産（　ヵ月）

上記のとおり相違ないことを証明します

㉕証明日
令和　年　月　日

㉒医療施設所在地
㉓医療施設名称
㉔医師・助産師の氏名

TEL　（　）

《医師・助産師へのお願い》
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・助産師の氏名（サイン）をご記入ください。
㉒㉓医療施設所在地・医療施設名称が手書きの場合、確認をさせていただいております。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

東京薬業健康保険組合

※※ 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、女性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. ⑲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. ㉑欄の「死産」を〇でかこんだ場合は、妊娠何ヵ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。