見本

健康保険

出産手当金請求書

①（第 1 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 9999 － 1235 ※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 薬業　夏子 昭・平 3 年 4 月 5 日		④本請求書の提出を事業主に依頼します チェック レ
⑤被保険者（請求者）の現住所	郵便番号 100 － 0014 東京都●●区●●町 2-17-2		TEL 090（●●●●）●●●● ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください 方
⑥事業所名称	東薬工業㈱		
⑦被保険者の資格を取得した日	平成・令和 27 年 4 月 1 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 8 年 2 月 1 日		出産予定年月日 令和 8 年 1 月 31 日
⑩出産のため休んだ期間 **（請求期間）**	令和 7 年 12 月 22 日 から 令和 8 年 3 月 28 日 まで		99 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 0 0 9 9	支店コード 0 9 9	預金種別	口座番号		
永田町	銀行・農協 信金・信組	赤坂見附	本店 支店	普通・当座	9 9 9 9 9 9 8
口座名義	フリガナ	ヤクギョウ　ナツコ			
	薬業　夏子				

※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	9999	番号	1235	被保険者氏名	薬業　夏子

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 7 年 12 月	△ △ △ △ △ △ △ 公 公 △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ 公 公 △ △ △ △ △ 公 公	日	15 日
令和 8 年 1 月	× 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 × 1	日	日
令和 8 年 2 月	× 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 × 29 30 31	日	日
令和 8 年 3 月	× 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 × 1	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（末日〆）の当月・翌月（20日払） 控除（末日〆）の当月・翌月（20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7年12月1日～12月20日分 支給額	令和7年12月21日～12月31日分 控除額
基本給	270,000	189,000	81,000
資格　手当	20,000	20,000	－
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）

基本給 × 欠勤日数 / 20

資格手当　満額支給

交通費（前払含む）	有 ⇒ 10月1日 ～ 3月31日分として（ 120,000 ）円	左記交通費が精算済みの場合は	1月1日 ～ 3月31日分を精算
	無 定期（ 1か月 / 3か月 / 6か月 ）・実費（日払）		精算額（ 60,000 ）円
社宅	有・無　居住スペース（ 40.4 ）㎡ / 勤務地（ 東京都 ） / 自己負担額（ 30,000 ）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　東京都台東区上野●●-●●-●●

⑭事業所名称　東薬工業株式会社

⑮事業主氏名　代表取締役社長　健保　一郎

⑯担当者氏名　業務　冬子
（担当者連絡先　03－●●●●－●●●●）

⑰証明日
令和　8　年　4　月　6　日

医師又は助産師が意見を書くところ

⑱出産者氏名　薬業　夏子

⑲出産年月日 出産予定年月日	出産年月日	出産予定年月日
	令和　8　年　2　月　1　日	令和　8　年　1　月　31　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　8　年　2　月　20　日

㉒医療施設所在地　神奈川県足柄下郡箱根町強羅○○○○
㉓医療施設名称　東薬産婦人科クリニック
㉔医師・助産師の氏名　厚年　一郎

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