

健康保険出産手当金請求書（第 回）

◎ 記入するときにはうらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号		② 被保険者の生年月日				③ 被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記備考欄へ記載(12ケタ)してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要となります。)							
記号	番号	昭 平		年	月	日	備考欄						
④ 被保険者(請求者)の氏名					⑤ 事業所の名称			⑥ 法人の役員ですか					
(フリガナ)								いいえ ・ はい					
(相続人からの請求の場合は被保険者の氏名：)					⑦ 被保険者の業務の種類 (すでに退職している場合は退職前の業務の種類)								
					(詳しく)								
⑧ 被保険者(請求者)の住所・日中連絡がとれる電話番号													
〒					-								
電話番号 ()													
⑨ 出産予定年月日			⑩ 出産年月日			⑪ 請求区分		⑫ 単胎・多胎妊娠の別					
(出産後であっても必ず記入してください)			(出産前の場合は出産予定年月日のみ記入してください)			1. 実出産 2. 出産の予定		ア. 単胎 イ. 多胎					
令和		年		月		日	令和		年		月		日
⑬ 請求期間 (出産のため休んだ期間)													
令和 年 月 日 から					令和 年 月 日 まで								
ただし(具体的な日付を記入してください)					は出勤のため除く								
					は有給休暇								

⑭ 出産予定年月日			⑮ 出産年月日			⑯ 生産・死産の別		⑰ 単胎・多胎妊娠の別					
(出産後であっても必ず記入してください)			(出産前の場合は出産予定年月日のみ記入してください)			ア. 生産 イ. 死産(妊娠第 週又は第 月)		ア. 単胎 イ. 多胎(児)					
令和		年		月		日	令和		年		月		日
⑱ うえのとおり相違ありません。													
令和 年 月 日					医療機関の所在地								
					医療機関の名称								
					医師又は助産師の氏名								
					電話 ()								

請求者又は受取代理人	⑲ 振込先	銀行	本店	⑳ 口座名義人の氏名	(カタカナでご記入ください)								
		金庫	支店	氏名									
		農協	出張所	氏名									
	㉑ 預金種別	普通	その他 ()	㉒ 口座番号									

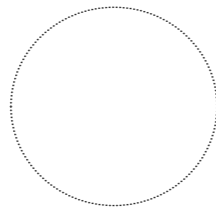
↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受取代理人の欄	㉓ 被保険者(請求者)の住所・氏名			㉔ 代理人の氏名			㉕ 被保険者(請求者)との関係		
	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。								
	被保険者(請求者)			令和 年 月 日			㉖ 代理人の住所・電話番号		
	住所			〒			-		
	氏名						電話 ()		

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

受付年月日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--



◎うらの記載例を参照してください。

㉗ ㉘の期間のうち労務に服さなかった期間					㉙ ㉗の期間に報酬を支給しましたか											
令和 年 月 日から					ただし(具体的な日付を記入してください)											
令和 年 月 日まで					は出勤のため除く											
					は有給休暇											
㉚ 報酬の支給形態		㉛ 報酬の締切日・支給日		㉜ 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)												
ア. 月給制 イ. 日給月給制		(締切日)		(支給日)		・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき)										
ウ. 日給制 エ. 時間給制						・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき)										
オ. その他 ()		日締め		日支給		・その他 ()										
㉝ ㉗の期間中を含む月分(締切)ごとの実際の支給額等(今後支給予定のものを含む)について記入してください。(支給額の上段は、支給対象期間を記入)																
		基本給		家族手当		役付手当		通勤手当		手当		手当		手当		
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支給額		円		円		円		円		円		円		円		
事業主が証明するところ	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
		年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	
月分	年 月 日まで	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円		
㉞ うえのとおり相違ありません。																
令和 年 月 日																
事業所の所在地																
事業所の名称																
事業主氏名																
電話 ()																

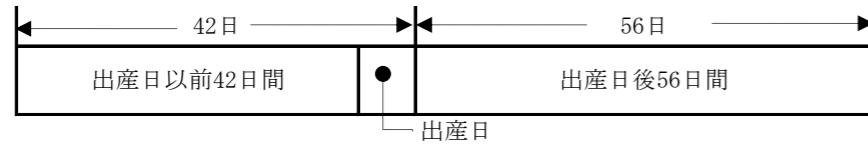
この請求書には、事業主証明欄並びに医師又は助産師証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けられているものです。しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書並びに医師又は助産師証明書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ、健保組合に提出することとされており、つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師又は助産師証明をそれぞれ添付のうえ提出していただいで結構です。

＜出産手当金の支給要件＞

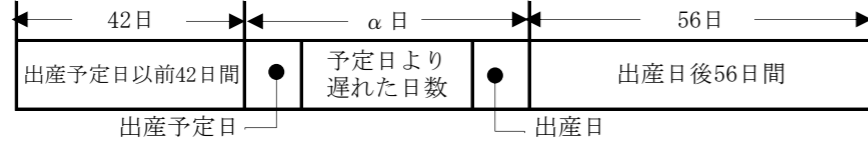
- ・ 出産手当金は、女性被保険者が出産のため事業所の勤務を休むことにより、給料が受けられない場合に支給されます。
 - ・ 支給の期間は、出産の日（出産予定日より遅れた場合は予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産後の日56日までの間で、労務に服さなかった期間が対象となります。
 - ・ 出産の日又は出産予定日は、産前の期間に含まれます。
 - ・ 支給額は欠勤1日につき標準報酬日額の3分の2です。
- なお、給料を受けていても出産手当金の額より少ないときは、差額が支給されます。

● 出産手当金の支給期間(42日+α+56日)

＜予定日当日の出産・予定日より早い出産の場合＞



＜予定日より遅く出産した場合＞



【傷病手当金との調整】

出産手当金の支給期間中に傷病手当金の要件も満たす場合は、出産手当金が優先され、傷病手当金は支給されません。なお、その期間に傷病手当金が支給されてしまった場合は、出産手当金の内払いとみなされ、その額だけ出産手当金の額が減額調整されます。

記入するときの注意事項(添付書類を含む)

- ・ 記入するときは、鉛筆を使用しないでください。
- ・ 記入もれのないよう注意してください。
- ・ 支給決定に際し、別途、必要書類等の提出を求める場合があります。

＜被保険者(請求者)が記入するところ＞

- ・ ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入してください。
- ・ ④欄 被保険者(請求者)が自ら署名してください。ただし被保険者(請求者)以外の者が署名する場合は、押印が必要です。
- ・ ⑦欄 あなたの仕事の内容を、(経理担当事務、店頭販売などのように)具体的に記入してください。
- ・ ⑧欄 郵便物が確実に届くように、「□□方」「△△アパート」等まで記入してください。
- ・ ⑬欄 出産の日(出産の日が出産予定日より後であるときは出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)、出産の日後56日の範囲内で、労務に服さなかった期間を記入してください。(出産の日又は出産予定日は、産前の期間(42日又は98日)に含みます。) 通算日数は間違いのないようよく確かめて記入してください。

＜請求者又は受取代理人が記入するところ＞

- ・ 銀行等の預金口座に振込を希望するときは、⑱⑳㉑㉒欄に希望の銀行等の名称、店名、預金口座番号、口座名義人の氏名を記入してください。ただし、被保険者(請求者)名義のものに限ります。(受領委任をするときは受取代理人名義のものを記入してください。)

＜受取代理人の欄＞

- ・ この給付金の受取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に被保険者(請求者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入してください。

＜医師又は助産師が証明するところ＞

- ・ あなたの出産に立ち会った医師又は助産師に記入してもらってください。
- ・ 医師又は助産師の証明書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

＜事業主が証明するところ＞

- ・ あなたが勤務している事業所の事業主に記入してもらってください。既に退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。

(記載例)

⑦ 令和 3 年 6 月 13 日から 98 日まで		⑬ ⑬の期間のうち労務に服さなかった期間 ただし(具体的な日付を記入してください) 6/13, 14, 15 は出勤のため除く		⑭ ⑭の期間に報酬を支給しましたか ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない				
⑮ 報酬の支給形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他()		⑯ 報酬の締切日・支給日 (締切日) 20 (支給日) 25 日締め 日支給		⑰ 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法) ・基本給は ア. 控除しない ①. 控除する(欠勤1日につき 月額1/25控除する) ・諸手当は ②. 控除しない ③. 控除する(欠勤1日につき) ・その他(諸手当は1ヶ月のうち出勤が0のときは支給しない)				
⑱ ⑱の期間中を含む月分(締切) ごとの実際の支給額等(今後支給予定のものを含む)について記入してください。(支給額の上段は、支給対象期間を記入)								
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	住 宅 手 当	手 当	手 当
欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支給額		200,000 円			6ヶ月分合計 12,000 円	10,000 円		
6 3年 5月21日から		5/21 ~ 6/15	/ ~ /	/ ~ /	4/1 ~ 9/30	5/21 ~ 6/20	/ ~ /	/ ~ /
7 3年 6月21日から			/ ~ /	/ ~ /	(同上)		/ ~ /	/ ~ /
8 3年 7月20日まで		0 円			12,000 円	0 円		
9 年 月 日から			/ ~ /	/ ~ /	(同上)		/ ~ /	/ ~ /
10 年 月 日まで		16,000 円			12,000 円	10,000 円		
11 年 月 日から			/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
12 年 月 日まで								
⑳ うえのとおり相違ありません。								
令和 3 年 9 月 25 日		事業所の所在地		大阪府中央区×町×番×号				
		事業所の名称		〇〇株式会社				
		事業主氏名		代表取締役 □□一郎 電話 06 (△△△△) △△△△				

- ・ ⑭欄 出勤簿等に基づいて正しく記入してください。期間中に、出勤した日や有給休暇の日があれば、「ただし」欄にその日付を記入してください。
- ・ ⑰欄 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)について、該当するものを全て○で囲み、必要に応じ具体的な控除計算方法を記入してください。(記載例参照)
- ・ ⑱欄 労務に服さなかった期間に係る給料の支給状況等について、次により記入してください。
 1. 家族・役付・通勤の他に、月を単位として諸手当が支給されている場合は、空欄にその名称を記入してください。ただし、超過勤務に係る手当は除いてください。
 2. 「欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支給額」欄について
 - (1) 日給制の場合は、基本給の欄に「@」と表示し、日額を記入してください。
 - (2) 通勤手当が数か月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支給月・対象期間・支給額を記入してください。(記載例参照)
 3. 「実際の報酬支給額」欄について
 - (1) 各月の給料の締切ごとに区分してください。
 - (2) 金額は、当該期間に実際に支払った給料の額を記入してください。
 - (3) 請求期間よりも以前にまとめて数か月分支給される通勤手当等があり、その対象期間が請求期間に被っている場合は、支給の有無や金額等、くわしく記入してください。
 - (4) 「 / ~ / 」は、欠勤控除をした場合などに、実際に支払った給料の支払い対象とした期間を記入してください。(記載例参照)
- ・ ⑳欄 記載内容について、事業主の証明を行ってください。

※以上の内容でわからないことがありましたら、健康保険組合へおたずねください。