

# 出産手当金請求書 (第 回目)

① 被保険者証の記号・番号 被保険者が記入するところ	② 被保険者(請求者)氏名と印 生年月日 昭和(5)・平成(7) 年 月 日生	印
③ 被保険者(請求者)住所	電話 - -	
④ 事業所名所在地	電話 - -	
⑤ 分娩の日 平成 年 月 日	⑦ 左記の分娩の日は実分娩ですか又は予定分娩ですか ⑥ 被保険者資格取得月日 昭和 平成 年 月 日	⑧ 被保険者の標準報酬月額 千円
⑨ 上記期間中に出勤した月日	⑩ 上記期間中に有給休暇を取った月日	⑪ 上記期間中に報酬を受けましたか。又は受けられますか。 受けた・受けない / 受けられる・受けられない
⑫ 賃金の支払を受けた時又は受けられる時は、支払期間及び金額 年 月 日から 年 月 日まで		

⑬ 労務に服さなかった期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間	⑭ 出勤は○で、有給は△で、公休は□で、欠勤は/で、それぞれ表示して下さい 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	⑮ 給与計算日 日	⑯ 給料支払日 日	⑰ 計 日
⑱ 上記期間中の分として賃金・手当の全部又は一部支給した場合。又は支給する場合	基本給 (自)年 月 日 (至)年 月 日 日間 手当 (自)年 月 日 (至)年 月 日 日間 手当 (自)年 月 日 (至)年 月 日 日間 手当 (自)年 月 日 (至)年 月 日 日間	円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額	円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額	円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額 円 支払日 月 日 額

⑲ 上記期間中の賃金・手当 支給した・支給しない・将来支給する・将来も支給しない	受付日付印
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所名 所在地 事業主氏名 電話 - -	

⑭ 分娩年月日 平成 年 月 日	⑮ 分娩予定年月日 平成 年 月 日	⑯ 正常分娩 異常分娩	⑰ 生産の別 正常・異常 生産 死産	⑱ 生産・死産(妊娠ヵ月) 自 年 月 日 至 年 月 日	⑲ 入院して分娩した時の期間 自 年 月 日 至 年 月 日	⑲ 出産児の数 単胎・多胎(児)
⑳ 上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 住所 職名( ) 医療機関名 氏名 電話 - -						

委任状 本請求書に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(請求者) 住所 氏名 委任された方(事業主) 住所 氏名 給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事務所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。 【被保険者(受給権者)の印を捺印してください。】なお、退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)本人送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、HPよりダウンロードするか、当組合までご連絡ください。
---

※ 備考 法第108条該当 一部控除 年 月 日～ 年 月 日 円 年 月 日～ 年 月 日 円 有給・出勤 年 月 日～ 年 月 日 日間 法定期間 年 月 日～ 年 月 日 支給期間 年 月 日～ 年 月 日
--

記入上の注意(被保険者欄)  
 1 記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。  
 2 記入事項(特に日付等)の訂正をしたときは、その箇所に訂正印(被保険者及び請求者印)を捺印してください。  
 3 ②欄の被保険者(受給権者)が自ら署名する場合には、被保険者(受給権者)の捺印は不要です。  
 4 支給対象期間は、分娩前42日間(多胎分娩の場合は98日間)、分娩後56日間となります。なお、分娩日は産前に含まれます。  
 5 退職(資格喪失)後の請求の場合は、母子手帳の市区町村証明欄(写)を必ず添付してください。  
 6 「※」は、記入しないでください。

記入上の注意(事業主欄)  
 1 記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項にご記入ください。  
 2 記入事項(特に日付等)の訂正をしたときは、その箇所に訂正印(事業主印)を捺印してください。  
 3 支給対象期間は、分娩前42日間(多胎分娩の場合は98日間)、分娩後56日間となります。なお、分娩日は産前に含まれます。  
 4 該期間の賃金台帳(写)、出勤簿(写)を添付してください。なお、添付される際は、その余白に欠勤控除等の給与計算式をご記入ください。  
 5 出産手当金請求書は、当該期間に係る給与計算日(給与支払日)以降にご請求ください。  
 6 「※」は、記入しないでください。

医師又は助産師へお願い  
 1 ⑮の欄は該当事項を○で囲んでください。  
 2 ⑯の欄は、該当事項を○で囲んでください。なお、死産の場合は妊娠何ヵ月か( )内に記入ください。  
 3 ⑰の欄は、入院して分娩した時の期間をご記入ください。  
 4 ⑱の欄で多胎出産の場合、胎児数を( )内に記入してください。  
 5 記入事項の訂正をしたときは、その箇所に訂正印(担当した医師または助産師の訂正印)が必要となります。  
 委任状について  
 1 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。(捺印を忘れないでください。)  
 2 退職(資格喪失)後、被保険者(請求者)本人送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になります。

## [記入上の注意]

### 《被保険者記入欄》

- ②欄は、被保険者（請求者）が自ら署名する場合には、被保険者（請求者）の捺印は不要です。
- ⑤の欄は、分娩日をご記入ください。
- ⑦の欄「分娩のため休んだ期間」は、被保険者（請求者）をご記入ください。  
なお、「分娩のため休んだ期間」は、⑨の欄と一致するようにご記入ください。  
※支給対象期間は、分娩前42日間（多胎分娩の場合は98日間）、分娩後56日間となります。なお、分娩日は産前に含まれます。
- 「被保険者記入欄」に訂正がある場合は、被保険者（請求者）の訂正印が必要となります。
- 退職（資格喪失）後の請求の場合は、母子手帳の市区町村証明欄（写）を必ず添付してください。

### 《事業主記入欄》

- ⑨の欄「労務に服さなかった期間」は、⑦の欄と一致するようにご記入ください。
- ⑩の欄は、該当期間に係る給与計算月すべてを対象に、出勤した日は○、有給日は△、公休日は□、欠勤日は／の符号でマークしてください。なお、給与計算の〆日、給与支払日は必ずご記入ください。
- ⑪の欄は、給与支払のあるときにご記入ください。  
なお、手当の種類が多い場合は、お手数ですが2段にご記入ください。
- ⑫の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 「事業主記入欄」で訂正がある場合は、事業主の訂正印が必要となります。
- 該当期間の賃金台帳（写）、出勤簿（写）を添付してください。また、その余白に欠勤控除等の給与計算式をご記入ください。
- 出産手当金請求書は、当該期間に係る給与計算〆日（給与支払日）以降にご申請ください。

### 《医師記入欄》

- ⑮の欄は、該当事項を○で囲んでください。
- ⑯の欄は、該当事項を○で囲んでください。なお、死産の場合は妊娠何ヵ月か（ ）内にお書きください。
- ⑰の欄は、入院して分娩した時の期間をご記入ください。
- ⑱の欄で多胎出産の場合、胎児数を（ ）内にご記入ください。
- 「医師記入欄」で訂正がある場合は、療養を担当した医師の訂正印が必要となります。

### 《委任状欄》

- 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、必ず事業主に受領委任してください。（捺印を忘れないでください。）
- 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）本人送金を希望される場合は、「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、HPよりダウンロードするか、当組合までご連絡ください。

### 時効について

保険給付を受ける権利の消滅時効は2年となっています。保険給付の申請がされなかった場合、2年が経過すると時効となり給付を受ける権利を失うこととなります。  
（※起算日の計算は、労務につかなかった日ごととし、その翌日が起算日となります。）