



|                  |       |
|------------------|-------|
| 健<br>保<br>組<br>合 | 担 当 者 |
|                  |       |

|             |       |       |
|-------------|-------|-------|
| 事<br>業<br>所 | 所 属 長 | 担 当 者 |
|             |       |       |

受付印

※記入漏れ・押印漏れは 返戻の対象となります  
※必ずボールペンで記入してください  
※該当する口の項目には✓を入れてください

| 健保が記入するところ         |    |   |   |       |        |         |          |     |   |
|--------------------|----|---|---|-------|--------|---------|----------|-----|---|
| 分娩予定日              | 令和 | 年 | 月 | 日     | 支<br>給 | 法 定     | 円 ×      | 日 = | 円 |
| 分 娩 日              | 令和 | 年 | 月 | 日     |        | 給 付     | —        | =   | 円 |
| 産 前 期 間            | /  | ～ | / | ( ) 日 |        | 付加給付    | 円 ×      | 日 = | 円 |
| 産 後 期 間            | /  | ～ | / | ( ) 日 |        | 決定額     |          |     | 円 |
| 本 請 求 の<br>支 給 期 間 | 令和 | 年 | 月 | 日 から  |        | 資 格 喪 失 | 令和 年 月 日 |     |   |
|                    | 令和 | 年 | 月 | 日 まで  |        |         |          |     |   |
|                    | (  |   |   | ) 日間  |        |         |          |     |   |

出産手当金・出産手当金付加金請求書

| 被保険者(請求者)が記入するところ     |                                                                                                             |         |             |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------|
| 健康保険<br>記号・番号         | —                                                                                                           | 被保険者氏名  |             |
| 被保険者の<br>住所と連絡先       | 〒 — 電話： ( )                                                                                                 |         |             |
| 事業所(会社)名              |                                                                                                             | 資格取得年月日 | S・H・R 年 月 日 |
| 分娩予定日                 | 令和 年 月 日                                                                                                    | 分娩年月日   | 令和 年 月 日    |
| 請求期間                  | <input type="checkbox"/> 産前期間 <input type="checkbox"/> 産後期間 <input type="checkbox"/> 産前産後期間 ※いずれかに✓を入れてください |         |             |
| 分娩のために<br>休んだ期間       | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ( 日間)                                                                                   |         |             |
| 上記期間の報酬があ<br>る期間と報酬金額 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ( 日間)<br>報酬金額 円                                                                         |         |             |
| 分娩した<br>医療機関          | 医療機関名：                                                                                                      |         |             |
|                       | 所 在 地：                                                                                                      |         |             |

| 医師・助産師が証明するところ                                               |                                         |                                |                |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|----------------|
| 分娩予定日                                                        | 令和 年 月 日                                | 分娩年月日                          | 令和 年 月 日       |
| 生産・死産の区別                                                     | <input type="checkbox"/> 生産 児           |                                | 出生児 数<br>(死産児) |
|                                                              | <input type="checkbox"/> 多胎 児 ( カ月又は 週) |                                |                |
| <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児) |                                         |                                |                |
| 上記の通り相違ないことを証明します。                                           |                                         |                                |                |
| 令和 年 月 日                                                     |                                         |                                |                |
| 記入漏れ注意                                                       |                                         | 医療機関等の所在地<br>医療機関等の名称<br>医師の氏名 |                |
|                                                              |                                         | 医療機関ゴム印                        |                |
|                                                              |                                         | 電話： ( )                        |                |

※裏面へつづく

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間

令和      年      月      日    ～    令和      年      月      日    (      日間)

【勤務状況】 …出勤は「出」 有休等で全日報酬あり「○」 半休や手当で一部報酬あり「△」 報酬なし「×」

|      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 産前期間 | 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 |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 産後期間 | 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 |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 年    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

請求期間で報酬があった期間

令和      年      月      日    ～    令和      年      月      日    (      日間)

請求期間に支払われた報酬金額

円

給与締め日

日 / 当月・翌月      日払

上記の通り相違ないことを証明します。

令和      年      月      日

事業所所在地

事業所名

事業主

事業所ゴム印

記入欄 注意

記入漏れ 注意

交通費や家族手当なども「報酬」になります

<注意>

※請求期間にあたる勤怠と賃金台帳の写しを添付してください。

報酬無の期間であっても、必ず添付してください