支給決定伺	支給金額	￥	支給	法定	年 月 日 ～ 年 月 日 日間	常務理事	事務長	課長	担当者
	内訳 法定	￥							
	内訳 付加	￥							
	一部不支給 期間								
	一部不支給 理由								
	備考		該当	（ ）	円	出手日額	円	第 回目	
				差引支給日額	円				

記　入　例

出産の証明を受けてから、2枚とも事業所へご提出ください。

これより上は記入しないでください。

出産手当金・出産手当金付加金請求書

1 2
被保険者記入用

【記入上の注意】

1 ボールペン等、消えない筆記具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。
2 在職中の方は、委任欄について提出日および氏名を記入してください。
3 記入箇所を訂正する場合は、二重線で訂正のうえ訂正印を押印してください。
4 資格を喪失された方で銀行等への振り込みを希望されるときには、払渡希望金融機関の名称等を記入してください。(本人名義の口座に限ります)
5 在職者は出産手当金請求書が事業所に到着した日の時点で産後56日の翌日より3ケ月経過している場合「出産手当金遅延理由書」を併せてご提出ください。
（退職者は、当組合に到着した時点となります。）
6 請求期間については、出産の日（予定日より遅れた場合においては出産予定日）以前42日目の日と出産の日後56日目の日をご記入ください。

被保険者（請求者）記入欄

被保険者証の記号番号	記号 ○○○○	番号 ○○○○○	被保険者（請求者）氏名	(フリガナ) サガワ　ハナコ 佐川　花子
住所	〒 ○○○-○○○○ ○○市○○1-1-10　○○マンション101号		生年月日	平成○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
			電話番号（日中の連絡先）	○○○(○○○)○○○○
出産予定日	令和6 年 3 月 1 日	出産日	令和6 年 3 月 1 日	☑ 単胎 ☐ 多胎 ⇒( )児
出産した病院名または産院名	○○○病院	所在地	〒 ○○○－○○○○ ○○市○○1-1	
請求期間	令和6 年 1 月 20 日から 令和6 年 4 月 26 日まで 98 日間			
資格喪失のみ記入	銀行　信用金庫		本店	(フリガナ)

在職中の方は受領代理人が必要です。
委任欄に、提出日および氏名を記入のうえ事業所へ提出してください。

請求期間は、出勤・欠勤・有給等に関わらず、出産の日（予定より遅れた場合は出産予定日）以前42日目（多胎妊娠の場合は、以前98日目）の日と出産の日後56日目の日をご記入ください。

請求期間の合計日数をご記入ください。

委任欄

本請求に
健保代理

令和6年 3 月 1 日 提出

被保険者氏名
（請求者）

佐川　花子

マイナンバーは、被保険者証の記号番号を記入した場合、不要です。

【被保険者のマイナンバー記載欄】

・ 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・ 記載した場合は必ず個人番号確認、本人確認の添付書類が必要です
（本人確認の添付書類については健康保険組合へお尋ねください）

R6.3改訂