

健康保険出産手当金請求書

①被保険者記入用 (1/3)

被保険者証 の記号番号	記号	〇〇〇〇			被保険者 氏名	健保 のぞみ		
	番号	△△△			生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
資格取得日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和			※資格取得日から1年未満での出産手当金請求の場合は、健康保険加入履歴記入書の添付が必ず必要になります。				
被保険者 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇〇〇-〇〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)							
① 分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	令和 4年 12月 5日から	分娩年月日	令和 5年 1月 15日					
	98日間	(分娩予定日)	(令和 5年 1月 15日)					
② うえの①に書いた 期間の部分の報酬 を受けましたか、又 は今後受けられますか	受けた・ <input checked="" type="radio"/> 受けない	報酬の支払いを受け たとき、又は受けられる ときは、その報酬の額 とその報酬支出の基礎 となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として 円				
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	病院名 又は産院の所在地	(医) 〇〇〇クリニック さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇〇					
委任状 (受領を委任する ときのみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)住所 氏名 代理人住所 氏名							
公金受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 〔 利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 ←利用する場合は、情報連携にて口座情報確認後の入金となります。 利用しない場合は下記「③振込口座欄」を記入してください。 〕							
③ 振込 口座 欄	振込の銀行名	銀行 支店 信用金庫			令和 5年 4月 〇日提出			
	口座番号	普通・当座			受 付			
	フリガナ							
	名義人氏名							

被保険者 注意事項

1. 出産手当金は女子被保険者が分娩のため事業所の勤務を休み、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は分娩の前が四十二日間(分娩の当日を含む)、分娩の後が五十六日間、を限度として支給されます。
2. ②欄は該当の文字を○で囲んでください。
3. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。
4. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。

健康保険出産手当金請求書

②事業主記入用 (2/3)

被保険者証の 記号-番号		〇〇〇〇 - △△△		被保険者氏名		健保 のぞみ																											
分娩のため 休んだ期間		自 令和 4 年 12 月 5 日 至 令和 5 年 3 月 12 日 計 98 日				※④出勤状況および⑤賃金支給状況は、 左記期間をすべて含めた賃金計算期間を 締め日単位で記入してください。																											
④ 出勤状況	11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	
	12月	×	休	休	×	×	×	×	×	休	休	休	×	×	×	×	-----										×						
	1月	×	-----																													×	
	2月	×	-----																											×			
	3月	×	-----													×																	
	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	
	記載方法	出勤○ 欠勤×	有給◎ 早退◎	休日◎																													
	賃金の形態及び算出基礎		(月給・日給・日給月給・時給)		金額		250,000 円																										
	⑤ うえの 期間の 賃金 支給 状況	区分	月分及び 賃金計算 期間	満額支給 単価	4 年 12 月分	5 年 1 月分	5 年 2 月分	5 年 3 月分	年 月分																								
		基本給	給与締め日 15日締め 翌月末日払い	200,000 円	11月16日から 12月15日までの分	12月16日から 1月15日までの分	1月16日から 2月15日までの分	2月16日から 3月15日までの分	月 日から 月 日までの分																								
調整手当		200,000 円	10,000 円	0 円	0 円	0 円	円	円																									
住宅手当		10,000 円	25,000 円	円	円	円	円	円																									
通勤手当		25,000 円	15,000 円	円	円	円	円	円																									
手当		15,000 円	円	円	円	円	円	円																									
手当		円	円	円	円	円	円	円																									
欠勤控除		円	123,090 円	円	円	円	円	円																									
合計	250,000 円	126,910 円	0 円	0 円	0 円	円	円																										
欠勤控除の 計算方法	令和4年12月分 (200,000+10,000+25,000)÷21日=11,190円/日 (小数点以下切り捨て) 11,190×11日(欠勤日数)=123,090円							欠勤控除がある場合は、欠勤控除の計算方法を必ず記載してください。																									
備考	通勤手当は満額支給																																
出勤簿及び賃金台帳との照合確認の結果、うえのとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 5 年 4 月 〇 日				事業所名称		(医)〇〇病院																											
(電話 048 - 000 - 0000)				所在地		さいたま市〇〇区〇-〇-〇																											
				事業主名		理事長 〇〇 〇〇〇																											

事業主
注意事項

- ④、⑤欄は、出勤簿、賃金台帳から転記し、①請求期間を含む賃金計算期間の開始日から締め日までを記入してください。
- ⑤欄について、労務に服さなかった期間に対して将来支給するもの(家族、役付、通勤、住宅手当などの固定給与)は、支払日がこななくても記入してください。なお、欠勤にかかわらず月額に支給するものについては賃金の左上に〇印をしてください。
- 内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印(事業主印)で抹消し、正しい内容をご記入ください。

健康保険出産手当金請求書

③医師・助産師記入用 (3/3)

注意事項 内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印(証明者印)で抹消し、正しい内容をご記入ください。

分娩者氏名	健保のぞみ
分娩年月日	令和5年1月15日
分娩予定年月日	令和5年1月15日
生産・死産の別 (※該当する文字に○をつけてください)	生産・死産(妊娠 週)
出生児の数 (※該当する文字に○をつけてください)	単胎・多胎(児)
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 □年 □月 □日 住所 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇〇 医療機関名 (医)〇〇〇クリニック 又は助産院名 〇〇〇 〇〇 職名(医師) 氏名 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	