

記入例

注)

- 本請求書は、必ず事業主(本籍会社)の人事部門へ提出してください。
- 本請求書は、産後休職終了日以降に提出してください。
ただし、分割して請求を希望する場合は、2分割にて請求してください。
第1回:産前(お休みに入った日~出産日) ※提出日は出産日以降
第2回:産後(出産日翌日~休んだ期間の終了日) ※提出日は産後休職終了日以降
- 本請求書は、片面印刷してご記入ください。

支給決定伺		伺年月日	令和	年	月	日
支給決定額		円	決裁年月日	令和	年	月
支給期間	自平成・令和	年	月	日	日間	
算出の基礎	日額	円	×	$\frac{2}{3}$	×	日 =
備考			常務理事	事務長	課長	係

請求回数を記入
(2回まで分割可)

出産手当金請求書

(第 1 回)

<p>保険証に印字されている記号と番号を記入</p> <p>保険証に印字されている資格取得年月日を記入</p> <p>退職者記入欄</p> <p>出産予定年月日を記入</p> <p>出産した年月日を記入</p>	<p>被保険者証の記号番号</p> <p>記号 101</p> <p>番号 123456</p> <p>資格取得年月日</p> <p>昭・平・令 21 年 4 月 1 日</p> <p>資格喪失年月日</p> <p>平成・令和 年 月 日</p> <p>*標準報酬</p> <p>月 額 日 額</p> <p>健保記入欄</p> <p>円</p> <p>分娩予定年月日</p> <p>平成・令和 2 年 0 月 29 日</p> <p>分娩年月日</p> <p>平成・令和 年 月 日</p> <p>*支給開始年月日</p> <p>平成 健保記入欄</p> <p>円</p> <p>分娩のため休んだ期間</p> <p>自平成・令和 2 年 9 月 1 日</p> <p>至平成・令和 2 年 2 月 26 日</p> <p>117 日間</p>	<p>事業所名</p> <p>日本ユニシス(株)</p> <p>本籍会社名を記入</p> <p>全期間</p> <p>自平成・令和 年 月 日</p> <p>至平成・令和 年 月 日</p> <p>日間</p> <p>円を受</p> <p>ける</p> <p>円を</p> <p>けら</p> <p>れる</p> <p>一部</p> <p>の</p> <p>期</p> <p>間</p> <p>と</p> <p>金</p> <p>額</p> <p>記入不要</p> <p>入院して分娩した場合は記入</p> <p>入院して分娩したとき</p> <p>病院の名称及び所在地</p> <p>〇〇病院</p> <p>987-6543 東京都千代田区霞が関4-5-6</p> <p>入院した期間</p> <p>自平成・令和 2 年 10 月 29 日</p> <p>至平成・令和 2 年 11 月 5 日</p> <p>8 日間</p>
---	--	--

- <在職者>
自:実際にお休みに入った日を記入
至:休んだ期間の終了日を記入
※産前産後休職期間が不明の場合は、本籍会社の人事部門にお問い合わせください
- <退職者>
分娩のため休んだ期間を記入
- 注)分割して請求する場合は、上記の注)2を参考の上、2分割にて記入

保険組合 御中

〒 123-4567

東京都江東区豊洲1-2-3

豊洲 朝子

03-3123-4567

振込口座 三井住友 銀行 築地 支店 普通 当座 NO. 1234567

確認欄 自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者であることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてく

(ここで知り得た個人情報、当センターポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)

- 自署したが確認欄にチェックがなく、かつ捺印がない場合は不備となるため返却させていただきます。
- 被保険者確認のもと、他の方が作成された場合は、チェックは不要です(捺印必要)。

事業主へ提出する日を記入

注)「分娩のため休んだ期間」の至の日付以降であること

〒、住所、氏名、電話番号、振込希望口座を記入、捺印をお願いします。(シャチハタ可)
※自署の場合は、捺印を省略できます。

振込希望口座について
<在職者>
→本人口座へ直接払いとなるため、給与振込口座を記入必要

<退職者>
→振込希望口座を記入

記入例

保険証に印字されている記号と番号を記入

被保険者 記号・番号	記号	101	被保険者氏名	豊洲 朝子
	番号	123456		

氏名を記入

事業主の証明

労務に服さな かった期間	自	平成・令和	年	月	日	日間	
	至	平成・令和	年	月	日		
上記期間中の	自	平成・令和	年	月	日	日間	全額
	至	平成・令和	年	月	日		
分として支払う	自	平成・令和	年	月	日	日間	一部支給額 円
	至	平成・令和	年	月	日		
報酬額	平成・令和 年 月 日より無給						

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業主(又は代理人)

住 所

氏 名

印

医師又は助産師の証明

分娩予定年月日	平成・令和	年	月	日	分娩・分娩予定胎児	
分娩年月日	平成・令和	年	月	日	単胎・多胎(児)	
分娩の状態	正常・異常	生死の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)			
入院して分娩した ときはその期間	自	平成・令和	年	月	日	日間
	至	平成・令和	年	月	日	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医師又は助産師

医療機関名

住 所

医師名

電 話

印

赤枠内の記入・捺印は、
医師又は助産婦に依頼
してください。

※別紙添付不可

※第2回目の請求の場合、
医師又は助産婦への
依頼は不要です。
(未記入で提出してくだ
さい。)