

「出産手当金請求書」 記入の手引き <被保険者、医師・助産師記入用>

請求方法について

1. 出産手当金請求書は、産前分と産後分の2回に分けて提出してください。
産前分：出産後に提出してください。
産後分：出産後56日経過後に提出してください。
2. 産前分を請求してから産後分を請求する場合は、1枚目の「医師・助産師記入欄」の証明は不要です。
3. 出産手当金請求書支給期間に給与が全額支払われる場合は、出産手当金は支給されません。給与カットがあり、その金額が健保支給額より少ない場合は差額が支給されます。

記入方法について (下記の丸数字は申請書の丸数字と照合してください。)

○被保険者記入欄

- ① 事業主へ提出する日を必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。
- ⑪ 給付金は給料に含めて事業所(会社)より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、記入ください。
退職予定の場合は、事業所(会社)担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ⑫ 退職者または⑪の委任状が不要の方は、振込希望先(被保険者名義)を記入ください。

○医師・助産師記入欄

記入漏れのないよう、もれなく記入ください。

□には該当する方に☑を付してください。

健康保険 産前分 産後分 出産手当金請求書 (交付印)

① 事業主へ提出する日を必ず記入ください。<被保険者、医師・助産師記入用> 1枚目

※ 印刷は、A4片面でお願いします。

3. 2. 1. <被保険者記入欄> 健康保険組合より問合せする場合は連絡先を記入してください。

① 提出日	令和 ① 年 月 日	連絡先 TEL	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯
② 被保険者証	記号 ② 番号	③ 事業所名 (会社名) ③	
④ 被保険者氏名	(フリガナ)	⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/>
⑥ 現住所	(〒 -)	電話()	-
⑦ 出産予定日	令和 年 月 日	⑧ 出産年月日(産後分請求時)	
⑩ 出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日間
⑪ 被保険者が在籍の場合	委任欄	この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。	
		被保険者氏名	
⑫ 被保険者が退職または退職予定の場合	振込先	銀行・郵便 信金・信組	支店 出票所 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	口座名義	(フリガナ)

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 令和**年**月**日 交付

記号*** 番号***** (性別) OO

氏名*** 性別 男

生年月日 昭和**年**月**日

資格取得年月日 平成**年**月**日

③ *****株式会社

保険者所在地 大阪市此花区西九条5丁目3番28号 TEL:06-6468-0997

保険者番号・名称 06271936 日立造船健康保険組合

<医師・助産師記入欄> (注) 産前分を請求してから産後分を請求する場合は、この欄の記入は不要です。

④ 出産者氏名		⑤ 出産年月日	令和 年 月 日
⑥ 出産予定年月日	令和 年 月 日	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日
⑧ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	⑨ 生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師・助産師氏名

電話番号

