

健康保険出産手当金請求書(第 回)

社会保険委員
の点検済印

被保険者の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤ 支給額計算			⑥ 給 付 給 録 番 号			⑦ 受 取 代 理 人			⑧ 受付年月日		
① ② ③			昭.5 年 月 日			* 1. 2. 3. 4. 5.			* 0 : 無 有			送 信			* 年 月 日		
⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印			(フリガナ)			⑩ 事業所の名称											
被 保 険 者 (請求者) の 住 所			⑪ 郵便番号			(フリガナ)			(電話番号)								
			⑪ 住所コード						()								
⑫ 分べんの日			令 年 月 日			⑬ 左記の⑫の分べん日は実分べんですかまたは予定分べんですか			1. 実分べん (分べん予定日 年 月 日) 2. 予定分べん								
⑭ 分べんのための休んだ期間 (支給期間)			自 年 月 日 至 年 月 日			⑮ 被保険者の資格を取得した日			年 月 日			⑯ 被保険者の標準報酬月額			千円		
⑰ うえの⑭に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、または受けられますか。			受けた・受けない 受けられる・受けられない			⑱ 報酬の支払を受けたときまたは受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった (なる) 期間			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			円					
分べんで入院したときはその旨			⑲ 病院等の名称			⑲ 病院等の所在地											
被扶養者がいるときは、その方の			⑲ 氏 名			⑲ 生 年 月 日			⑲ 被保険者との続柄								
			年 月 日														
⑳ 上記⑭の休んだ期間のうち健康保険または公費で入院した期間			自 年 月 日 至 年 月 日			㉑ 日 数			(備 考)								
㉒ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間			年 月 日 至 年 月 日			㉑ 日 数											
			年 月 日 至 年 月 日			㉑ 日 数											
* ⑳ 支給算出額 (手)			㉑ 調整減額コード			㉒ 海外表示			㉓ 特別支給コード								
						0. 国 内 外 1. 海 外											

⑳ 労務に服さなかった期間		㉑ 出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。	
年 月 日から	年 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	出勤 有給
	年 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	計
	年 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	
年 月 日まで	年 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	
日間	年 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	日 日
㉒ うえの期間中、報酬を全額または一部支給した場合または支給する場合	㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 月 日 支払 円
	㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 月 日 支払 円
	㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 月 日 支払 円
	㉓ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円 月 日 支払 円
㉔ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨		令和 年 月 日提出	
㉕ うえのとおり相違ないことを証明します。		受付日付印	
事業主 住所〒 氏名		令和 年 月 日	
電話 (局) 番		㉖	

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

