

自署の場合、捺印不要

届書コード
308 届書

健康保険出産手当金請求書(第 1 回)

社会保険委員
の点検済印

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤ 支給額計算		⑥ 給 付 記録番号		⑦ 受 取 代理人		⑧ 受付年月日	
	99		2000		6 1 0 8 0 8		1. 2. 3. 4. 5.		0 1 無 有		年 月 日	
	⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印		(フリガナ) シナガワ モモコ		⑩ 事業所の名称		〇〇〇株式会社					
	被 保 険 者 (請求者) の 住 所		⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		(フリガナ) トウキョウトシナガワクオオサキ		(電話番号)			
	14 1 0 0 3 2		東京品川区大崎〇-〇-〇		03 (5470) 〇〇〇〇							
⑫ 分べんの日		平成 27 年 04 月 02 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 27 年 4 月 1 日)		2. 予定分べん				
⑭ 分べんのため休んだ期間 (支給期間)		自 27 年 04 月 01 日 至 27 年 05 月 28 日		⑮ 被保険者の資格を取得した日		26 年 10 月 1 日		⑯ 被保険者の標準報酬月額		300 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		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		円				
⑲ 分べんで入院したときはその旨		⑳ 病院等の名称		㉑ 病院等の所在地		㉒ 被保険者との続柄						
		△△△病院		東京都新宿区西新宿〇-〇-〇								
㉓ 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		㉔ 上記⑭の休んだ期間のうち自費で入院した期間		自 年 月 日 至 年 月 日		(備考)				
		27 年 03 月 31 日		27 年 04 月 10 日		1 1						
※		⑳ 支給算出額 (手)		㉕ 調整減額コード		㉖ 海外表示		㉗ 特別支給コード				
						0. 国 内 外 1. 海 外						

◎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。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	① 労働に服さなかった期間		② 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		計		出勤		有給	
	年 月		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							
㉘ うえの期間中の分として、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は		㉙ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月 日 支払 円				
		㉚ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月 日 支払 円				
		㉛ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月 日 支払 円				
		㉜ (自) 年 月 日 (至) 年 月 日		日間		円		月 日 支払 円				
㉝ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨										平成 年 月 日 提出		
㉞ 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												
電話 (局)												
番												

事業主記入欄

医師記入欄（医師に記入の依頼をしてください）

医師または助産婦が意見をかくところ	① 分べん年月日	平成 27 年 4 月 2 日		② 分べん予定年月日	平成 27 年 4 月 1 日	
	③ 正常分べんまたは異常分べんの別	正 常 ・ 異 常		④ 生 産 または 死 産 の別	生 産 ・ 死 産 （妊娠 ャ月）	
	⑤ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 27 年 3 月 31 日から 平成 27 年 4 月 10 日まで 11 日間			⑥ 入院費用の別	健保・公 費 自費・その他
	⑦ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）				
	⑧ うえのとおり相違ありません。 平成 27 年 6 月 5 日 職名（ ） 住 所 〒 160-0023 東京都新宿区西新宿〇-〇-〇 医師の印 氏 名 △△△病院 関東 三郎 電話（ 03 局）5470 〇〇〇〇 番					

医療機関名だけでなく必ず医師の氏名が必要

※	②④ 減 額 期 間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	金 額
	②⑤ 全 部 不 支 給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	
	③③ 不支給（産前法定外）	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	
	③④ 不支給（産後法定外）	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	

支払金融機関の欄	②⑥ 支払区分	※ 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	②⑧ 預金種別	② 1. 普 通 2. 当 座 3. 通 知 段 4. 別	〇〇〇	銀行 金庫 農協	大崎 本店 支店
	②⑦ 金融機関コード	※	②⑨ 口座番号	00000003	口座名義	シナガワ モモコ	郵便局

受取代理人の欄	① 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者（請求者） 住 所 氏 名	被保険者記入欄（忘れずに記入してください）
	③⑩ 代理人の氏名と印	③⑪ 委任者と代理人との関係
	③⑫ 代理人の住 所	③⑬ 郵便番号
	③⑭ 住 所	③⑮ 郵便番号

社会保険労務士の提出代行者印

印

送信