

※請求の際には請求期間全部に係る賃金計算期間（賃金締切毎の期間）の出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。

健康保険	<h1>出産手当金請求書</h1>	被保険者捺印	事業主捺印	医師等捺印
------	-------------------	--------	-------	-------

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者等記号・番号 ※	被保険者（請求者）の氏名・印		生年月日		
	—	刀カナ	ⓐ	昭和・平成	年	月 日
	住所			被保険者の資格を取得した日		
	〒	—		昭和・平成・令和	年	月 日
	事業所 名称		所在地			
	〒		—			
	この請求は出産前のもので 出産後のもので		出産前 ・ 出産後	出産予定日	平成・令和	年 月 日 出産予定
				出産日	平成・令和	年 月 日 出産
	出産のため休んだ期間（請求期間）		平成・令和	年 月 日 から		日間
			平成・令和	年 月 日 まで		
上記の期間、報酬を 受けましたか、又は 受けられますか		はい ・ いいえ	平成・令和	年 月 日 から	の分として	
		平成・令和	年 月 日 まで		円	

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間	平成・令和	年 月 日 から	日間	給与の種類	1.月給2.日給 3.日給月給 4.時間給	締日	日
		平成・令和	年 月 日 まで				支払日	日
	上記の期間、報酬を支給 した場合、又は支給する場 合	報酬の名称	支給対象期間			支給額		
			月 日 ~	月 日		円		
			月 日 ~	月 日		円		
		現在までも又は将来も上記の他に支給しますか	はい ・ いいえ					
上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日			令和	年 月 日		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		ⓐ						

医 師 ・ 助 産 師 の 記 入 欄	出産者氏名							
	出産予定年月日	平成・令和	年 月 日	出産年月日	平成・令和	年 月 日		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (週)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (週)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。		証明日				令和	年 月 日
	医療施設の所在地 名称 電話番号 医師・助産師名		ⓐ					

支 払 金 融 機 関	公金受取口座	☐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☑。利用しない場合は下記の欄を記入。）					
	1. 普通 2. 当座	銀行 金庫 農協	本店 支店	出勤簿・賃金台帳			
	口座番号	口座名義	刀カナ	照合者			

受 取 代 理 人 の 欄	請求者	本請求および給付金に関する受領を代理人に委任します。			記入日	令和	年 月 日	
		住所	〒	—	受付印			
		氏名	ⓐ					
	代理人	住所	〒	—				
	氏名	ⓐ						