1枚目 （２枚１組）　健康保険

出産手当金請求書

女性被保険者が出産のため仕事に就けず賃金が支払われないとき、生活保障給付として請求することができる給付金です。

〔請求可能な期間〕出産日（出産が出産予定日より遅れたときは出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から、
出産日の翌日から56日目までの期間

（訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません）

被保険者が記入するところ	① 被保険者等記号・番号	記号　番号 -	② 被保険者（請求者）の氏名・生年月日	（フリガナ） 昭・平・令　年　月　日
	③ 被保険者（請求者）の現住所	〒 □□□－□□□□	日中連絡のとれる電話番号	自宅　-　- 携帯　-　-
	④ 事業所名称		⑤ 出産前の請求ですか、出産後の請求ですか	出産前の請求　・　出産後の請求
	⑥ 被保険者資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日	⑦ 被保険者資格喪失年月日	平・令　年　月　日
	⑧ 出産予定年月日	令和　年　月　日	⑨ 出産年月日	令和　年　月　日
	⑩ 出産のために休んだ期間（請求期間）	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日（　　）を除く		
	⑪ ⑩に記入した期間分の報酬を支給されましたか。または今後支給されますか。	はい　・　いいえ	⑫ ⑪で「はい」と答えた場合、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

【出産手当金を請求される皆さまへ】

⑩「出産のために休んだ期間(請求期間)」は、出産のため労務に服さなかった期間とその日数を、公休日を含めて暦日でご記入ください。

【海外で出産される方へ】

「医師・助産師が意見を書くところ」へ直接証明をいただくことが難しいときは、同内容の項目について出産した海外の医療機関の医師または助産師から別紙(任意書式)で証明書を交付していただいてください。
証明書等が外国語のときは、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載した翻訳書を添付してください。

給付金振込先選択欄　**※希望する振込先に☑をご記入ください**

□	**会社振込**	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
□	**個人(請求者)口座**	被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別	普通　・　当座
	金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は５ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は８ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

□	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☑　利用しない場合は上記の欄を記入。） 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

2枚目（２枚１組） **出産手当金請求書**

必ず２枚１組で組合へ提出してください

※出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。資格を喪失した後の請求期間については、事業主の証明は不要です。

(訂正がある場合は事業主が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。事業主以外の訂正は認められません)

事業主が証明するところ

Ⓐ 労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　日間 〔一部就労日があるとき〕上記期間から、就労日（　　）を除く							
Ⓑ Ⓐの期間に対し賃金を支給しましたか、または今後支給しますか。	はい　・　いいえ →「はい」の場合はⒹを記入	Ⓒ 給与と勤怠の締日、支給日と控除日	給与	締日	日	支給日	(当月・翌月)　日
			勤怠	締日	日	控除日	(当月・翌月)　日

Ⓓ報酬記入欄 報酬の名称	支給対象期間	支給日	支給額
	月　日から　月　日	／	円
	月　日から　月　日	／	円
	月　日から　月　日	／	円
交通費 ※欠勤分が未精算のときに記入	月　日から　月　日	／	円
支給・控除額の算出式			

Ⓔその他〔備考〕

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日

事業主　Ⓕ 事業所所在地　〒

および名称

Ⓖ 事業主氏名

連絡先　（　　）

※〔医師または助産師の方へ〕Ⓚ欄が「死産」であるとき、妊娠何週何日の死産であるかを必ずご記入ください。

(訂正がある場合は医師・助産師が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。医師・助産師以外の訂正は認められません)

医師・助産師が意見を書くところ

Ⓗ 出産者氏名			
Ⓘ 出産予定年月日	令和　年　月　日	Ⓙ 出産年月日	令和　年　月　日
Ⓚ 生産または死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　週　日）	Ⓛ 出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）

上記のとおり相違ありません。　Ⓜ 令和　年　月　日

医療機関　Ⓝ 住所（所在地）　〒

名　称

Ⓞ 医師氏名　　連絡先　（　　）

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。