

# 健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

注1) 記入漏れや不備があった場合は支給決定いたしませんのでご注意ください

注2) 記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

注3) 【添付してください】賃金台帳と勤務表

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	
	被保険者の資格取得日	年 月 日		事業所名称	
	被保険者の住所	〒 -			
		TEL ( )			
	出産予定日	令和 年 月 日	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から	
出 産 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日 まで			

「医師または助産師の意見記入欄・事業主記入用」は裏面に続きます >>>

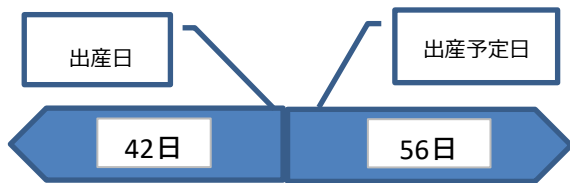
## 【支給について】

- ① 出産手当金は、出産日以前42日（多胎の場合は98日）と出産日後56日について対象になります。
- ② 妊娠4ヶ月（85日以上）の出産であること（早産・死産（流産）・人工中絶も含まれます）。
- ③ 出産の日が出産予定日より遅れた場合、遅れた期間も仕事を休み給与を受けられなかったのであれば、その期間の分も支給されます。
- ④ 出産のために仕事を休んでいて、給与の支払いがないこと。

## 【支給期間】

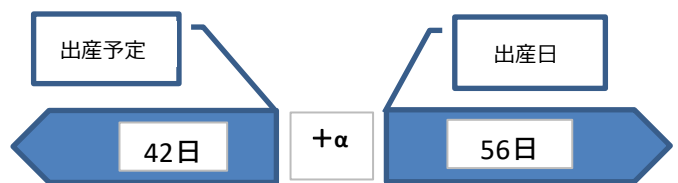
出産手当金は、出産日以前42日（多胎の場合は98日）と出産日後56日について対象になります。  
 出産の日が出産予定日より遅れた場合、遅れた期間も仕事を休み給料を受けられなかったのであれば、その期間の分も支給されます。

出産予定日に出産または出産予定日より早く出産した場合



出産手当金 (42日 + 56日)

出産予定日より遅れて出産した場合



出産手当金 (42日 + α 56日)

健保受付日付印

事業所証明欄	記号	番号	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	① 労務に服さなかった期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで 日間								
	上記①の「労務に服さなかった期間」に給与・通勤・住宅手当等の支払いはありましたか ⇒ ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ) ※「はい」の場合は下記の太枠内を必ず記入してください					給与の種類	月給 日給 時間給	賃金計算	締め日	日	
	賃金支給状況		単価 無し・1か月・6か月 (いずれかに○)	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	通勤手当の支給について記入してください				
				支給額	支給額	支給額	支給方法 ( 無し・1ヶ月分・6ヶ月分 )				
		基本給	円	円	円	日間	<input type="checkbox"/> 支給期間 ~ 迄				
		通勤手当	円	円	円	日間	<input type="checkbox"/> 休職のため 月 日から支給停止				
		住宅手当	円	円	円	日間	<input type="checkbox"/> 欠勤のため 月 日まで日割支給				
		家族手当	円	円	円	日間	賃金計算方法や手当等についてご記入ください				
	上記のとおり相違ないことを証明します					令和 年 月 日					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名					電話 ( )						
					担当者氏名						

受取代理人欄	被保険者欄	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。 令和 年 月 日		
	被保険者 (請求者)	氏名	〒	住所
事業所欄	代理人	氏名	〒	住所
		委任者と代理人との関係		
		電話番号		

※医師又は助産師の意見欄	出産者氏名									
	出産予定日	年	月	日	正常分娩または 異常分娩の別 (該当項目に「レ」を入れて ください)	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常			
	出産年月日	年	月	日						
	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	(満 週 日)	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎	( 児)		
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日									
住所 (所在地)					電話 ( )					
医療機関名										
医師・助産師名										

【海外で出産された場合】

「※医師・助産師の意見欄」や証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。  
翻訳の費用は自己負担。翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。