

健康保険 出産手当金（付加金）請求書

記入例・記入方法の説明

マイナポータル、資格情報のお知らせ等
を確認してください。

けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

被 保 険 者 情 報	届出年月日		令和 XX 年 XX 月 XX 日 提出	
	① 被 保 険 者 記 号・番 号	記号 X X	番号(従業員番号) X X X X X X X	② (フリガナ) 氏 名 タカネ ハナ 高嶺 花
	③ 事 業 所 名 称	(株)ゼネラル		④ 生 年 月 日 昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日 令和
	⑤ 住 所 及 び 電 話 番 号	〒 XXX-XXXX 東京都〇〇区△△△1234-56		電話 XXX-XXXX-XXXX
	⑥ この請求は、出産前の期間のものですか、出産後の期間のものですか、 あるいはその両方の期間のものですか。		出産前 出産後 出産前後	
	⑦ ⑥において、「出産前の期間」の場合は出産予定年月日を、「出産後」 あるいは「出産前後」の場合は出産予定年月日と出産年月日を記入 してください。		出産予定年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日
	⑧ 出産のために休んだ期間 (請求する期間)		令和 XX 年 XX 月 XX 日 から 令和 XX 年 XX 月 XX 日 まで XX 日間	
	⑨ ⑧の期間の報酬を受けましたか、または将来受けられますか。 (出勤、有休、積立休暇等がありましたか)		受けた 受けられる 受けない 受けられない	
	⑩ 出産した医療施設の 名称および所在地		所在地 東京都〇〇区◇◇◇◇	名称 ◇◇◇◇レディースクリニック
	⑪ 出産日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日の翌日以降56日までの間に、退職またはその 予定がありますか。ある場合は資格喪失日(退職日の翌日)を記入してください。		令和 年 月 日	
被 保 険 者 ま た は 請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑫ 委任状 【被保険者が 受領する場合】 (給与口座へ振込)		私は事業主を代理人と定め、出産手当金および同付加金の受領方を委任します。 被保険者氏名 高嶺 花	
	⑬ 被保険者以外が代 理で 場合		(フリガナ) 住	
	⑭ 振 【被 する 場合】 (⑬の代理人の金融機 関口座)		口座名義 (カタカナ)	

この欄は、被保険者以外が出産手当金を代理で請求・受領する場合に記入する欄です。

被保険者が請求・受領する場合は、事業主（会社）を経由して給与口座へ支給しますので、⑫の
「委任状」欄へ記入してください。この欄（⑬⑭）は記入不要です。

健 保 使 用 欄	支給額		千 円		法定給付	円
	支給日		令和 年 月 日		付加給付	円
	支給期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		調整減額	円
	給付額決定の 基礎となる		資格		(不支給時の理由)	
	給付額決定の 基礎となる		資格		(不支給時の理由)	

被保険者情報欄に被保険者の記号と番号を記入したときは、この
欄は記入しないでください！

ンバー)で届出を行なうと

受付日付印

事業主提出日

令和 年 月 日

健康保険 出産手当金（付加金）請求書

2枚目／2枚中

◆この請求書は2枚組です。担当医および事業主の証明を受けるときは、必ず2枚揃えて提出してください。

事業主が証明するところ	① 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		
	② 上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。																																	出勤	有休積立
	令和 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	
	令和 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	
	令和 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	
	令和 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	
	③	上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。																																出勤	有休積立
	④	上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。																																出勤	有休積立
	⑤	上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。																																出勤	有休積立
	⑥	上の期間について、出勤は○、有休・積立休暇（報酬支払いのある休暇）は△、公休は公、欠勤は／で、それぞれ表示してください。																																出勤	有休積立

この欄は、事業主（会社）が記入します。

本請求書は、人事（管理）部門へ提出してください。

任意継続被保険者の方は、直接健康保険組合へ提出してください。

事業所の所在地	事業所の名称	事業主の氏名	電話
---------	--------	--------	----

※ ①は、報酬の有無に関係なく、出産のために労務に服さなくなった最初の日から記入してください。

※ ②は、①および③について報酬を支払った（支払う）場合はその期間（月日）と金額、報酬が発生しない場合はその旨を記入してください。

お願い ①の期間が含まれる月度の出勤簿（写）と賃金台帳（写）またはそれに準ずるものを添付願います。

医師または助産師が記入するところ	① 出産者氏名																																
	② 出産予定日 年月日	令和 年 月 日	③ 出産年月日	令和 年 月 日																													
	④ 正常な出産または異なったか	⑤ 出生児の数	⑥ 単胎	⑦ 多胎	⑧ 児																												
	この欄は、担当の医師または助産師から記入・押印を受けてください。																																
	この欄に記入・押印がないときは、請求書を受け付けられません。																																
	⑨ 医療施設の名称																																
	⑩ 医師・助産師の氏名																																
	⑪ 職名	⑫ 医師	⑬ 助産師																														
	⑭																																
	⑮																																

※ ①および②は、両方とも必ずご記入願います。

※ ③および④は、医師または助産師の氏名欄の職名については、該当する項目を○で囲んでください。

※ ⑤は該当する項目を○で囲み、多胎の場合はその数を記入してください。⑥は該当する項目を○で囲み、さらに妊娠何ヵ月目または何週目での出産・分娩であったかの数字と「ヵ月」「週」のどちらかを○で囲んでください。

出産手当金請求書の作成に関する補足説明

書類の提出と手当金の支給について

出産手当金は、被保険者が出産のために労務に服することができず、事業主（会社）から報酬（有給休暇や積立休暇などの賃金支払いを伴う休暇は報酬の扱い）が受けられない日に対して、生活保障を目的として支給される給付金です。出産手当金の支給対象となる期間は、出産日以前42日から出産後56日までの98日間です。出産日が予定より遅れた場合は、出産予定日以前の42日から対象です。また、多胎の場合は出産日（出産予定日）以前98日となります。この期間中に事業主から報酬を受けられなかった日に対して支給されます。

支給日は、内容に不備がなければ毎月末日までに健康保険組合へ申請のあった分を、翌月の給与支給日に給与口座へお振込みします。また、任意継続被保険者や被保険者以外の方が代理で申請・受領される場合は、申請書受付月の翌月25日（休日のときはゼネラル給与支給日）に指定の口座へお振込みいたします。

記入上の注意事項（補足説明）

請求書の各項目の番号、記入例を確認してください。

- ◆ ①は、マイナポータルや資格情報のお知らせ等を確認してください。
- ◆ ⑥は、ほとんどの場合は「出産前後」に該当すると思われます。産前と産後の二度に分けて請求するとき等は、それぞれ出産前、出産後に○をしてください。
- ◆ ⑦は、出産後に請求するときは出産予定日・出産日の両方を記入してください。
- ◆ ⑨は、⑧に記入した請求期間について、出勤や有給休暇、積立休暇などの報酬が発生する日があるときは「受けた」「受けられる」、報酬の発生する日がない場合は「受けられない」に○をしてください。
- ◆ ⑫は、被保険者自身が手当金を受け取る場合（給与口座へ支給）は氏名の記入をしてください。原則として、在職中で当健保組合に加入中である場合は、この欄に記入してください。（任意継続被保険者を除き、退職後に手当金を請求する場合は、⑭へ金融機関情報を記入してください。）
- ◆ ⑬⑭は、被保険者の給与口座へ支給できない状態や、被保険者以外が代理で請求・受領する場合、その代理人となられる方の情報を記入する欄です。

記入上の注意事項／請求書2枚目の各種証明欄について

本請求書は、2枚組になっています。1枚目（被保険者が記入するところ）の請求内容に対して、2枚目に担当の医師または助産師と事業主（会社）から、それぞれ出産の事実（状態）、報酬支払いの有無について証明を受ける必要がありますので、必ず2枚揃えて提出してください。

- ◆ 1枚目を被保険者（請求者）が記入した後、担当の医師または助産師、事業主の順で証明を受けてください。
- ◆ 本請求書は人事（管理）部門へ提出してください。事業主が証明欄に記入した後、事業主から健康保険組合へ提出されます。なお、任意継続被保険者の場合は、直接健康保険組合へ提出してください。