

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

この用紙はA3サイズにコピーまたは印刷してご使用ください

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号			② 被保険者（請求者）の氏名											
	記号		番号		③ 被保険者の生年月日		昭和・平成								
	年		月				日								
	④ 被保険者（請求者）住所			〒 ー 電話 ()											
	⑤ 事業所名														
	⑥ 出産予定日			平成 令和		年 月 日		⑦ 出産日		平成 令和		年 月 日			
	⑧ 出産のために休んだ期間（請求期間）			平成 令和		年 月 日		から		ただし、左の期間のうち出勤した日(具体的な日付)					
				平成 令和		年 月 日				まで		ただし、左の期間のうち有給休暇をとった日			
	⑨ 上記の請求期間に報酬を受けましたか			ア. 全部受けた（受けられる）		イ. 一部受けた（受けられる）		ウ. 受けられない		報酬を受けた（受けられる）場合はその期間と金額		平成 令和		年 月 日 から	
				平成 令和		年 月 日		まで		円					
⑩ 給受取金の代理人			本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。												
			被保険者住所			令和 年 月 日									
⑪ 振込指定口座			被保険者（請求者）氏名			住所		被保険者との関係							
			委任された方氏名			住所									
⑪ 振込指定口座			【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限ります】												
			銀行信用金庫		支店		普通当座		店番 ()						
⑪ 振込指定口座			左づめでご記入ください		フリガナ										
			口座番号		口座名義										
⑫ 備考			受付年月日												
※ 支給金額			円												

請 求 期 間 の と そ の 前 1 か 月 分 の 賃 金 台 帳 と 出 勤 簿 （ タ イ ム カ ー ド ） の 写 し を 添 付 し て く だ さ い。	⑬ 労務に服さなかった期間（休日も含む）		平成 令和		年 月 日 から		平成 令和		年 月 日		日間			
	⑭ 勤務状況 出勤日は○で、有給は△で、公休日は□で、欠勤日は／でそれぞれ表示してください										出勤		有給	
	平成 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					
	平成 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					
	平成 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					
	平成 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					
	平成 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					
	平成 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					
	⑮ 報酬の支給形態			⑯ 締日・支払日		⑰ ⑬の期間に対して賃金を支給しましたか（支給しますか）								
	ア.月給 イ.日給月給 ウ.日給 エ.時間給 オ.その他			締日		・基本給は、ア.全部支給した(する) イ.一部支給した(する) ウ.支給しない								
()			支払日		・諸手当は、ア.全部支給した(する) イ.一部支給した(する) ウ.支給しない									
⑱ 支給した(する)賃金内訳		期間	欠勤がない場合の1か月の支給額		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分			
		区分	支給額		支給額		支給額		支給額		支給額			
		基本給	円		円		円		円		円			
		手当	円		円		円		円		円			
		手当	円		円		円		円		円			
		手当	円		円		円		円		円			
		手当	円		円		円		円		円			
		通勤手当	円		円		円		円		円			
		計	円		円		円		円		円			
⑲ 欠勤控除の計算方法等についてご記入ください。														
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 担当者氏名														
〒 ー														
事業所所在地														
事業所名称														
事業主氏名 電話 ()														
医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	㉑ 出産予定日		平成 令和		年 月 日		㉒ 出産日		平成 令和		年 月 日			
	㉓ 生産または死産の別		生産・死産(妊娠 週)				㉔ 出生児の数		単胎・多胎(児)					
	㉕ 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日													
	〒 ー													
医療施設の所在地														
医療施設の名称														
医師・助産師の氏名 電話 ()														

記入するときの注意事項

被保険者（請求者）が記入するところ

- ⑧の欄の請求期間は、公休日も含めた通算期間を記入してください。
支給対象期間は、出産日（出産が予定日より遅れた場合は出産予定日）以前42日（多胎妊娠は98日）から出産日後56日となります。なお出産日は産前に含まれます。
⑧の請求期間に出勤した日がある場合、また有給休暇をとった日がある場合は、「ただし、」の欄に“10/3, 10/4”のように具体的な日付を記入してください。
- ⑨の欄は、⑧の請求期間における報酬について、ア.からウ.のうち該当するものを○で囲み、請求期間中に報酬（通勤手当など諸手当の一部も含みます）を受けた（受けられる）場合はその期間と金額を記入してください。
- 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると時効となり消滅します。出産手当金の時効は、労務に服さなかった日ごとにその翌日が時効の起算日となります。

医師・助産師が証明するところ

- ㉓および㉔の欄は、該当するものを○で囲んでいただき、死産の場合は「妊娠週数」を、多胎の場合は「出生児数」をご記入ください。

この請求書の記載についてわからないことがある場合は、健康保険組合（給付課）までお問い合わせください。

提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25 久我ビル南館

大阪府木材健康保険組合

TEL 06(6541)1481 FAX 06(6541)1468

事業主が証明するところ（記入例）

⑬ 労務に服さなかった期間（休日も含む）		平成 31年 2月 7日 から 平成 31年 4月 15日 まで 68日間					
事業主が証明するところ	⑭ 勤務状況 出勤日は○で、有給は△で、公休日は□で、欠勤日は/でそれぞれ表示してください	出勤	有給				
	平成 31年 1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	11日	1日			
	平成 31年 2月	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ / ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ / ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	4日	0日			
	平成 31年 3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	0日	0日			
	平成 31年 4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	0日	0日			
平成 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				
⑮ 報酬の支給形態		⑯ 締日・支払日	⑰ ㉑の期間に対して賃金を支給しましたか（支給しますか）				
㉑月給 イ.日給月給 ウ.日給 エ.時間給 オ.その他		締日 15日 支払日 翌月 25日	・基本給は、ア.全部支給した(する) イ.一部支給した(する) ㉑.支給しない ・諸手当は、ア.全部支給した(する) ㉒.一部支給した(する) ウ.支給しない				
証明するところ	⑱ 支給区分	欠勤がない場合の1か月の支給額	1月16日～2月15日 日分 支給額	2月16日～3月15日 日分 支給額	3月16日～4月15日 日分 支給額	月 日～月 日分 支給額	月 日～月 日分 支給額
	基本給	200,000円	140,000円	0円	0円	円	円
	資格手当	20,000円	20,000円	0円	0円	円	円
	職務手当	30,000円	21,000円	0円	0円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円	円	円
	通勤手当	4,000円	4,000円	0円	0円	円	円
計	254,000円	185,000円	0円	0円	円	円	
⑲ 欠勤控除の計算方法等についてご記入ください。 2月分の欠勤控除は、 基本給 200,000÷20×6=60,000 職務手当 30,000÷20×6=9,000 その他の手当は満額支給 3月分以降は基本給・諸手当とも支給しない							
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 1年 5月 7日	担当者氏名	木村 花子			
事業所所在地		〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25					
事業所名称		大阪府木材株式会社					
事業主氏名		木村 太郎				電話 06 (6765) ****	

- 被保険者がすでに退職している場合、退職後の期間にかかる証明は必要ありません。
- ⑬の欄「労務に服さなかった期間」は、⑧の欄と符合するように記入してください。
- ⑭の欄は、⑬の欄の期間に係る賃金計算月すべてを対象に、出勤した日は○、有給日は△、公休日は□、欠勤日は/の符号でマークしてください。
ただし、賃金計算期間において出勤または有給の日がなく、公休と欠勤だけの場合は、記入例（8月16日から10月15日）のように“取消し線”で表示していただいても結構です。
- ⑯の欄は、賃金計算の締日と支払日を記入してください。
- ⑰の欄は、⑬および⑭の期間にかかる賃金支払月について、賃金計算期間ごとの支給額を記入してください。ただし、超過勤務にかかる手当は記入する必要はありません。
「欠勤がない場合の1か月の支給額」は、月を単位として支給されない日給・時間給などには「@」を付けて記入してください。
なお、通勤手当などが数か月分まとめて支給されている場合は、1か月分に換算して記入していただき直近の支給月を含む賃金台帳の写しを添付してください。
- ⑱の欄は、⑱の支給額に欠勤控除がある場合にその計算方法等についてご記入ください。枠内に書ききれない場合は、計算方法を記入した別紙を添付してください。
- 請求期間のとその前1か月分の賃金台帳と出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。
- 支給決定にあたって、健康保険組合から問い合わせさせていただくことがありますので、㉑の欄の担当者氏名は必ずご記入ください。