

《 出産手当金請求書 記入例 》

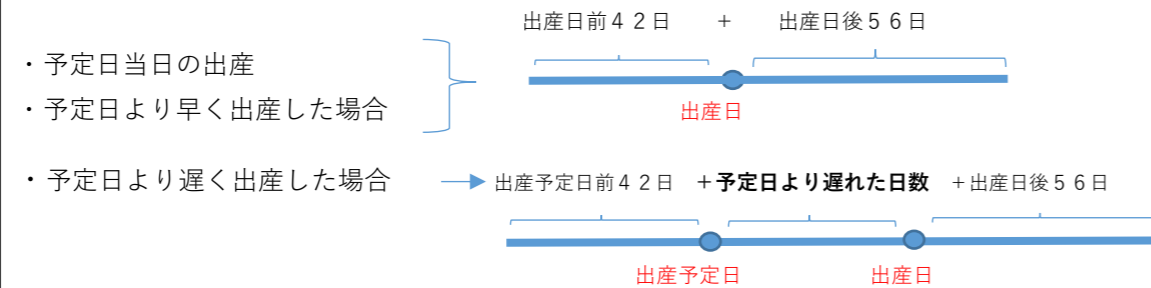
被保険者
注意事項

○ 訂正したときは被保険者氏名のわきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押してください。

※ 産動先・医療機関等・市区町村があり、全国健康保険協会・他健保な

請求期間について

出産手当金を受けられる期間は、実際に出産した日をもとに計算します。



※ 出産日（出産予定日より遅れた場合は予定日）以前42日に関して多胎妊娠の場合は98日

健康保険出産手当金請求書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の記号番号 記号 124 番号 999	取得年月日 20年〇月〇日	事業所の名称 〇〇〇株式会社 TEL. 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇
出産予定日 〇年 10月 5日	出産年月日 〇年 10月 1日	
出産のため休んだ期間(請求期間) 平成 〇年 8月 21日 ~ 平成 〇年 11月 26日 98日間		
上記の請求期間中に報酬を受けましたか、また、今後受けられますか。 ア 受けた <input checked="" type="radio"/> イ 受けない <input type="radio"/> ウ 受けられる <input type="radio"/> エ 受けられない <input type="radio"/>		
報酬を受けたとき、また今後受けられるときは、その報酬の額とその支給の基礎となった(なる)期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として 円		
入院した期間 平成 〇年 10月 1日から 平成 〇年 10月 6日まで 6日間		
入院して出産したとき 医療機関の名称 〇〇〇病院 医療機関の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
自費で入院しましたか又は健康保険で入院しましたか <input checked="" type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> 健保		
上記のとおり請求します。 請求年月日 平成 〇年 〇月 〇日		
川口工業健康保険組合理事長 殿 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇		
被保険者(請求者)の住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
被保険者(請求者)の氏名 川工 花子 (川工) 生年月日 昭和 〇年 〇月 〇日		
委任状 事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の受取り方の件を委任いたします。 被保険者(請求者)の氏名と印 川工 花子 (川工)		

社会保険労務士記入欄

医療機関印 交付日印

事業主の証明

(事業主側で記入するところ)

労務に服さなかった期間	平成 〇年 8月 21日 から 平成 〇年 11月 26日 まで 98日間	ただし (具体的な日付を記入して下さい。)																														
被保険者の報酬形態 (該当するものを○で記入して下さい)	賃金計算 月給 日給 <input checked="" type="radio"/> 日給月給 時間給 歩合制 その他	労働につけなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ																														
支給した(する)内訳	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について記入して下さい。																															
支給した(する)内訳	<table border="1"> <tr> <th>規定手当てに○を記入</th> <th>単価</th> <th>8月1日～8月31日分</th> <th>9月1日～11月30日分</th> <th>月 日 分</th> </tr> <tr> <td>基本給</td> <td>200,000円</td> <td>200,000円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>通勤手当</td> <td>円</td> <td>円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>家族手当</td> <td>10,000円</td> <td>10,000円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>欠勤控除</td> <td>円</td> <td>▲94,500円</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>計</td> <td>円</td> <td>115,500円</td> <td>0円</td> <td>円</td> </tr> </table>	規定手当てに○を記入	単価	8月1日～8月31日分	9月1日～11月30日分	月 日 分	基本給	200,000円	200,000円		円	通勤手当	円	円		円	家族手当	10,000円	10,000円		円	欠勤控除	円	▲94,500円		円	計	円	115,500円	0円	円	$(200,000 + 10,000) \div 20日 = 10,500$ $10,500 \times 9日 (欠勤控除) = 94,500$
規定手当てに○を記入	単価	8月1日～8月31日分	9月1日～11月30日分	月 日 分																												
基本給	200,000円	200,000円		円																												
通勤手当	円	円		円																												
家族手当	10,000円	10,000円		円																												
欠勤控除	円	▲94,500円		円																												
計	円	115,500円	0円	円																												
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 〇年 〇月 〇日 事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇 事業所名 〇〇〇株式会社 事業主名 代表取締役社長 〇〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇																																

医師または助産師が記入するところ

(医療機関で記入するところ)

出産者氏名	川工 花子		
出産予定日	〇年 10月 5日	出産年月日	〇年 10月 1日
出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎・多胎(児)	生産または死別の別	<input checked="" type="radio"/> 生産・死産(妊娠 産)
正常出産の別	医療機関記入欄		
異常出産の別			
出産のため入院したときはその期間	平成 〇年 10月 1日から 平成 〇年 10月 6日まで 6日間		
上記のとおり相違ありません。 平成 〇年 〇月 〇日			
病院又は産院名 所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
医師又は助産師氏名	〇〇〇病院 医師 〇〇〇〇 (印)		
電話	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇		

事業主の
注意事項

① 請求書を提出の際は、出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。
② 訂正したときは押した事業主印と同じ印を訂正した箇所に押してください。

医師又は
助産師
注意事項

① 〇の欄は、該当する文字を○で囲んでください。
② 訂正したときは医師又は助産師氏名わきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押してください。