

## 健康保険出産手当金請求書

女性被保険者のみ  
申請可能

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号・番号	*****-*****	所属	〇〇部〇〇グループ	
	資格取得年月日	平成・令和**年**月			
	出産年月日	令和**年**月**日			
	出産のために休んだ期間	令和**年**月**日 令和**年**月**日			
	公休日、出勤状況にかかわらず、以下の期間をご記入ください。 産前：出産日(出産が予定日より後になつた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日) 産後：出産日の翌日以降56日 ただし、報酬の支払いがあった日(有給休暇、勤務等)は給付対象となりません。				
					* * 年 * * 月 * * 日
					報酬 ・受けました ・受けていません
	上記により出産手当金を請求します。在職期の受領を事業主へ委任します。				
	令和**年**月**日 住 所 〇〇市△△町2-3-4				
	田 庶後休暇満了日以降の日付を記入してください。月初締切の当月25日給付(従業員は給与にて上乗せ給付)いたします。 被保険者 氏名 健保 花子 電話 * * * - * * * - * * *				
内容を前上二欄の項目は、前上四欄を二塗線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。					
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	令和 **年 **月 **日		生産・死産 (妊娠 ケ月)	
	出産予定年月日	令和 **年 **月 **日		生産・死産 (妊娠 ケ月)	
	出生児の数	单 胎 · 多 胎 ( 児)		必ずこの欄に証明をいただいてください(別様式での証明は海外での出産以外は不可です)。	
	上記のとおり相違ないことを証明する。				
	令和**年**月**日 医療機関 所在地 〇〇市××町1-2-3 名 称 〇〇〇医院 医師又は助産師の氏名 〇〇〇〇				

事 業 主 の 証 明 欄	労務に服しなかった期間及びその期間において報酬の全部又は一部を支給し又は支給すべきもであるときはその報酬及び期間		令和 **年 **月 **日から * * 日間 令和 **年 **月 **日まで
	所在地 〇〇市△△町3-3-3 名 称 〇〇〇〇〇〇〇 氏 名 〇〇〇〇		上記の期間労務に服しなかったことを証明する。 期 間 : 被保険者欄および医師の意見証明をいただいた後、事業主証明をお願いしてください。
			報酬額 :
			上記のとおり報酬を支給したこと(支給すべきものであること)を証明する。

振込希望銀行(資格喪失者(退職者)のみ記入、ゆうちょ銀行除く)

銀 行

口座番号

フリガナ

支 店

口座名義

## &lt;注意事項&gt;

この申請は、出産のため会社を休み、給料の支払いがなかった場合に申請できます。  
(申請は産前産後休暇の期間で欠勤状態の期間を1枚の申請書にご記入ください。)

2025.11.01