

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号		会社名		所 属	
	証の 番号		事業所		氏名No.	
	分娩予定日	令和 年 月 日			出生児の 人数	人
	分娩年月日	令和 年 月 日				
	分娩のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			左記期間中の 報酬	受けていません 受けました
	上記のとおり請求いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住所 〒 氏名（戸籍名） 塩野義健康保険組合理事長殿					この届出は、申請者 本人（被保者）が 作成したものに相違 ありません 確 認 欄 ☐
	受 取 委 任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。 （任意継続・継続給付の方は当欄への記入は不要です） 令和 年 月 日 被保険者氏名（戸籍名）				

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	分娩予定日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産	児
	分娩年月日	令和 年 月 日		死産（妊娠 ヲ月）	児
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 名称・所在地 氏 名				

事業主の証明	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																															
	下記の欄は労務に服さなかった期間の勤怠をご記入ください。 出勤は○、年休は△、休日（会社が休みの日）は休、欠勤・休職等は×で表示してください。																																
	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	
	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	
	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	
	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	
	記載担当者氏名：																																
	上記期間中に報酬を支給したとき																																
	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間																																
	内訳		日 額		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		備 考																								
基準給与（WS手当含む）		円		円		円																											
通勤費		円		円		円																											
健康観察出勤手当		円		円		円																											
		円		円		円																											
		円		円		円																											
		円		円		円																											
計																																	
内訳		日 額		月 日～ 月 日分		月 日～ 月 日分		備 考																									
	基準給与（WS手当含む）	円		円		円																											
	通勤費	円		円		円																											
	健康観察出勤手当	円		円		円																											
		円		円		円																											
		円		円		円																											
		円		円		円																											
計																																	
記載担当者氏名：																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																																	
令和 年 月 日																																	
事業主 住 所 名 称 氏 名																																	

健保組合受付



注意事項・添付書類等
* 出産手当金は女性被保険者が分娩のために休んだとき・報酬が受けられないとき、分娩日以前42日（多児妊娠の場合は98日）間、分娩日後56日間、（分娩の日が分娩予定日より遅れた場合は、その遅れた期間も支給されます）休んだ日1日につき直近12ヵ月の標準報酬月額¹/₃₀の3分の2が支給されます。 * 鉛筆書、記入漏れは受け付けられません。