

出産手当金請求書 (産前 / 産後 ・ 一括)

被保険者が記入するところ	健康保険の記号・番号			被保険者氏名		
	記号		番号			
	被保険者の住所	〒			電話番号(日中の連絡先)	
	会社名					
	所属					
	分娩予定年月日と分娩年月日			労務に服することができなかった期間		
	分娩予定年月日	令和	年	月	日	自 令和 年 月 日
	分娩年月日	令和	年	月	日	至 令和 年 月 日 日間
	出産休職開始年月日			資格喪失年月日(退職の翌日)		
	令和	年	月	日	令和	年 月 日
上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委託します。						
令和 年 月 日 被保険者氏名 _____						
日本特殊陶業健康保険組合 御中						

※在籍者の方は記入不要です。資格喪失後の申請の場合は記入ください。

資格喪失後の銀行振込依頼欄	下記の口座に振込下さるようお願いいたします。		
	氏名		
	フリガナ		
	振込先	銀行	支店
	口座	普通 当座	No.
	フリガナ		
口座名義人			

【ご提出前に必ずご確認ください！】

- 分娩予定年月日と分娩年月日の両方を記入してください。
- 医師又は助産婦の証明を裏面に受けてください。
- 被保険者の資格のある方は、労務不能期間に関する事業主証明を裏面に受けてください。
- 資格喪失後の請求は、裏面の銀行振込依頼欄をご記入ください。
- 産前、産後分を一括請求される場合は、この用紙一枚で請求が可能です。
- 産後分又は一括請求される場合、産後8週間を経過してから請求してください。
- 第1子ご誕生の方に健保組合より育児冊子「月刊赤ちゃんとママ」をご自宅に送付しております。お子様が扶養されない場合は申請が必要ですので「赤ちゃんとママの配布について」にてご確認ください。
- ・ 締切は毎月20日(事業主証明後の健保着日)、翌月の給与に振込みます。

受付日付印

医師又は助産婦が証明をするところ	分娩予定日
	令和 年 月 日
	分娩年月日
	令和 年 月 日
	入院の費用の別
	健保 ・ 自費 ・ 公費
	健康保険で給付される入院の期間
	令和 年 月 日から
	令和 年 月 日まで 日間
	出生児の数
	単胎 ・ 多胎 (児)
	上記のとおり相違ありません。 証明日 令和 年 月 日
所在地 _____	
医療機関名称 _____	
氏 名 _____	
電話番号 () _____	

※事業主証明をもらってください。

出産手当金請求書 (事業主記入用)

被保険者氏名													
労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から											左の期間中支払う報酬	あり・なし
	令和 年 月 日まで	日間											
上記間内訳	(出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、私傷病は×で、それぞれ表示してください。)											左記の事由による出勤・有給の計日数	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15											出勤	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											有給	日
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15											出勤	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											有給	日
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15											出勤	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											有給	日
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15											出勤	日
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											有給	日
上の期間中報酬を全部または一部支給した(する)場合はその内訳を記入してください。													
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	区分 \ 期間	月 日分～	月 日分～	月 日分～	月 日分～								
		月 日分まで	月 日分まで	月 日分まで	月 日分まで								
		支給額	支給額	支給額	支給額								
	休職手当	円	円	円	円								
	交通費	円	円	円	円								
		円	円	円	円								
		円	円	円	円								
	合計	円	円	円	円								
休職・復職状況を下記に記入してください。													
休職開始日	令和 年 月 日～												
復職日	令和 年 月 日～												
上記のとおり相違ないことを証明します。 証明日 令和 年 月 日													
事業所所在地	_____												
事業所名称	_____												
事業主氏名	_____												
担当部署名	_____												
担当者氏名	_____												