

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	被保険者証の記号・番号		被保険者の住所	
	記号	11	番号	123456
	名古屋市中区瑞穂区高辻町14-1			
	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	平成・令和 元年 5月 12日	自	平成・令和 31年 3月
	分娩年月日	平成・令和 元年 5月 10日	至	平成・令和 元年 7月
出産休職開始年月日	平成・令和 元年 3月 30日	資格喪失年月日 (退職の翌日)	平成 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任いたします。		会社名	日本特殊陶業株式会社	
令和 元年 7月 10日		所属	H 育児休職	
日本特		被保険者氏名	日特 花子	

保険証の記号番号を記入

産前分、産後分を分けて申請するか、産前と産後を合わせて一括で申請するか、どちらかを選択ください。産後分は産後56日経過後に提出ください。

産前分は基本的に分娩日以前42日間、産後分は分娩日翌日から56日間支給されます。

退職後の請求は必ず記入。

署名もれにご注意ください。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで 日間
	期間中に報酬を支給した場合または支給する場合はその期間及び金額	平成・令和 年 月 日から	平成・令和 年 月 日まで 日間
	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	_____	

記入しないでください

【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「月刊赤ちゃん和妈妈」をご自宅に送付しております。お子様を扶養されない場合は申請が必要ですので「赤ちゃん和妈妈の配布について」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。

健保記入欄	受付	支給額	審査	係	事務長	常務理事	支払	記帳
		¥						
	標準報酬月額	法定給付月額	標準報酬月額計算式					
	¥	¥	() ÷ 12					
	月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月 月		= ÷ 30 =					

※「日特健保プライマシヨリ」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

医師又は助産婦が証明をするところ	分娩予定日	平成・令和 年 月 日
	分娩年月日	平成・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	平成・令和 年 月 日から 平成・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	(_____) _____

医師の証明を
受けてください

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
	口座	普通 当座 No. _____
	フリガナ	_____
	口座名義人	_____

1年以上被保険者期間のある本人で、退職時に出産手当金の支給を受けているまたは支給を受けることができる状態である場合は、資格喪失後でも請求できます。その場合は必ず希望する振込先をご記入ください。