

健康保険出産手当金請求書

届出コード
632

被保険者の
注意事項

1 欄の印は本人の自署に限り不要です。
2 分べん後に請求する場合は、⑩欄に分べん日を記入するとともに⑬欄に分べん日以前(多胎妊娠の場合においては、⁹⁸日) 目から分べんの日以降56日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象になります。
3 この請求書を提出するときは、分べん日以前(多胎妊娠の場合においては、⁹⁸日) 目から分べんの日以降56日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象になります。
4 出産手当金は、女子被保険者が分べん日(多胎妊娠の場合においては、⁹⁸日) 目から分べんの日以降56日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象になります。
5 対象となるのは、分べん日以前(多胎妊娠の場合においては、⁹⁸日) 目から分べんの日以降56日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象になります。
6 記載事項を訂正したときは、⑦欄の被保険者氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
7 ※一印欄以外はもれなく記入してください。

被保険者証の記号・番号 ③ 生年月日 ④ 計算 ⑤ 給付記録 ⑥ 受付年月日
① 00 ② 0000 昭和 平成 000000
⑦ 被保険者(請求者)の氏名と印 健保 花子 ⑧ 事業所の名称 株式会社 ○○○○ ⑨ 勤務場所 担当部署 ○○○○
被保険者(請求者)の住所 ⑩ 郵便番号 0000000000 ⑪ 住所コード 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-1 電話 (0000-00-0000)
⑫ 分べん日 平成 令和 000000 分べん予定日 平成 令和 000000 ⑬ 出生児数 ⑭ 単胎(多胎) 1児
⑭ 分べんのため休んだ期間(請求期間) 平成〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇日間 出産の日(出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日)以前42日から出産の日後56日 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで
⑮ うえの⑭に書いた期間の部分を報酬を受けましたか 又は受けられますか。 受けた・受けない 受けられる・受けられない ⑯ 報酬の支払を受けたとき又は受けられるとき ⑰ ⑮で受けた・受けられるに○をつけた場合記入 日から 円

① 分べん年月日 年月日 ② 分べん予定年月日 年月日
⑤ 出生児 医療機関の証明を受けてください 産(妊娠 カ月)
⑥ 上記のとおり相 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師・助産師氏名 電話番号 (- -)

⑰ 支払金融機関 ⑱ 支払区分 1:振込 1:普通 本店 支店
⑲ 退職者の方は支払金融機関の欄に記入します(ゆうちょ銀行以外のもの)
⑳ 金融機関コード
㉑ 口座番号 注意: 請求者名義の口座番号を記入してください。(請求者名義以外の口座には振込できません。)

委任欄 ㉒ この給付金の受 退職者以外の方は給与を通しての支払いになる為、委任欄に署名・捺印します 申請者氏名 (印)

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です) 受付日付印

年 月 日 提出

⑳ 事業主の注意事項
1 労務に服さなかった期間の出勤状況及び報酬の支給状況は、出勤簿、賃金台帳から確実に転記してください。
2 休んだ期間に転記して将来支給するもの(家族・通勤手当など)は、支払日が来なくても記入してください。
3 被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。
㉑ 事業主の証明
1 「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何カ月の死産であるか当該欄に付記してください。
2 訂正したときは、医師氏名わきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
㉒ 事業主の証明を受けてください
1 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日
事業所所在地 名称 事業主氏名 電話番号 (- -)

事業主の注意事項
1 労務に服さなかった期間の出勤状況及び報酬の支給状況は、出勤簿、賃金台帳から確実に転記してください。
2 休んだ期間に転記して将来支給するもの(家族・通勤手当など)は、支払日が来なくても記入してください。
3 被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

医師又は助産師の注意

1 「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何カ月の死産であるか当該欄に付記してください。
2 訂正したときは、医師氏名わきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。