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 ⑦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、⑫欄に分べん日を記入するとともに⑬欄に分べん予定日を記入してください。また、分べん前に請求する場合は、⑬欄に分べん予定日を記入してください。
3 ㋐欄は、該当の文字を○で囲んでください。
4 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの日（分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては、分べん予定日）以前 42 日（多胎妊娠の場合においては、98 日）目から分べんの日後 56 日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象となります。なお、分べんの当日は、分べんの日以前の期間に含まれます。
5 この請求書を提出するときは請求期間経過後に提出してください。
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 「※」印欄以外はもれなく記入してください。

被保険者が記入するところ

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	②	昭和 平成 令和 年 月 日	※	※	※ 年 月 日

⑦ 被保険者（請求者）の氏名と印	（フリガナ） 印	⑧ 事業所の名称	⑨ 勤務場所 担当部署
被保険者（請求者）の住所	⑩ 郵便番号 ⑪ 住所コード ※	（フリガナ） 電話（ － ）	

⑫ 分べん日	平成 令和 年 月 日	⑬ 分べん予定日	平成 令和 年 月 日	㋐ 出生児の数	単胎 (多胎) 児		
⑭ 分べんのため休んだ期間（請求期間）	年 月 日から 日間 年 月 日まで	自	※ 年 月 日	至	※ 年 月 日	日数	※ 日
⑮ うえの⑭に書いた期間の部分の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は、その報酬の額となる報酬支払の基礎となった（なる）期間	年 月 日から 年 月 日まで の分として 円				

医師又は助産師が記入するところ

㋑ 分べん年月日	平成 令和 年 月 日	㋒ 分べん予定年月日	平成 令和 年 月 日
㋓ 出生児の数	単胎・多胎（ 児）	㋔ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医療機関 所在地 名称 医師・助産師氏名 印

電話番号（ － ）

支払金融機関の欄

⑰ 支払区分	※ 1：振込 2：当地払	⑲ 預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
⑱ 金融機関コード	※		銀行 信金・信組 農協 本店 支店
⑳ 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

㉑ この給付金の受領を取締役社長に委任します。

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

事業主が証明する欄

㋕ 労務に服さなかった期間 年月日～年月日 計 日間

出勤は○ 欠勤は× 有給は㊒ 早退は㊱ 休日は㊡

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

㋖ 給与の計算期間及び支払日 日から 日まで 日支払する場合

㋗ 休んだ期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した場合、又は支給する場合	基本給・手当等の名称	左の報酬の支給対象となった期間	日数	金額
		(自 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円
		(自 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円
		(自 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円
		(自 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円
		(自 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円

㋘ 給与の支払い形態	月給（月額 円）・日給（日額 円） 日給月給（月額 円）・時給（時給 円）	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨	
㋙ 無給の場合の社会保険料の負担について、該当するものを○で囲んでください。		本人から徴収	する・しない

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 印

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 休んだ期間に対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事項

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、医師氏名わきに押印した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。