

健康保険 出産手当金請求書

		令和 2 年 3 月 23 日 提出	
被保険者証の記号番号	記号	番号	平 年 月 日
	1	580	氏名は自筆でご記入ください。
被保険者(請求者)氏名	フリガナ	健康 良子	被保険者(請求者)住所
			〒 000-0000 埼玉県〇〇市〇〇区△△555 △△マンション501号室
生年月日	昭和・平成	60 年 8 月 12 日	電話 090 (8765) 5678
事業所名称	〇〇株式会社		電話 03 (4567) 8901
出産予定年月日	平成 令和	0 2 0 1 2 1	出産年月日 平成 令和 0 2 0 1 1 8
出産のため休んだ期間	令和 1 年 12 月 11 日 から	95 日間	令和 2 年 3 月 15 日 まで
上記に記入した期間の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・受けない	将来 受けられる・受けられない
報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成・令和 年 月 日 から		の分として 円
	平成・令和 年 月 日 まで		

委任状	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。	令和 2 年 3 月 23 日
被保険者(請求者)	健康 良子	氏名は自筆でご記入ください。

支払金融機関	※退職後の申請で、事業者の指示があった場合はご記入ください。	
	銀行 信金・信組	
	支店番号	口座番号
	普通・当座	
名義人	フリガナ	

在職中の方は「委任状」欄に署名をしてください。(給与と合算して振り込まれます。)

退職した方で事業所から指示があった方は、「支払金融機関」欄に希望の口座を記入してください。(希望の口座へ振り込まれます。)

社会保険労務士の提出代行者印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日まで	日間
	うえの期間中にかかる分として支払った報酬(給与・手当等)	ア	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 日支払
		イ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 日支払
		ウ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 日支払
		エ	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 日支払
	交通費 (次勤分の精算がされていない場合に記入)	金 年 月 日 ~ 年 月 日 までの分として 日支払	
	現在まで、将来も支給しない場合はその旨		
	報酬(給与)算出の締日・支払日 および勤怠の締日・控除日	毎月 勤怠 日締 / 当月・翌月 日払	
	支払額・控除額の算出式		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	所在地		年 月 日
	事業主 名称		
	氏名		
	電話		

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

留意事項(事業主)

- 被保険者の資格を喪失した後の請求期間については事業主の証明は不要です。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別 生産・死産(妊娠週日)
	出生児の数	単胎・多胎(児)	
		上記のとおり相違ないことを証明します。	
	所在地		年 月 日
	名称		
	医師・助産師の氏名		
	電話		