



届書コード	届書
3 0 8	

健康保険出産手当金請求書（第 回）

○記入にあたっては裏面の記入上の注意をよく読んでください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号					(4)生年月日					(5)支給額計算		(6)給付記録番号		(7)受取代理人		(8)受付年月日																		
	(1)	(2)	(3)	0 0 0 0 0	0	1:明 3:大 5:昭 平	年	月	日	※	※	※	※	0:無 1:有	送 信	※	年	月	日																
	(9)被保険者 (請求者) の氏名と印		(フリガナ) ケンホ アイコ					(ア)事業所 の名称		○○○○株式会社																									
	(10)被保険者 (請求者) の住 所		(10)郵便番号		0 0 0 0 0 0	(フリガナ)		○○ケン○○シ○○マチ		電話番号																									
			(11)住所コード		※			○○県○○市○○町1-1				(000) 000-0000																							
	(イ)被保険者の資格 を取得した日		平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日					(ウ)被保険者の標準報酬月額		○○○ 千円																									
	(12)分べん (予定)の日		平成	○	○	0	6	0	1	(13)左記の(12)の分べん 日は実分べんですか、 又は予定分べんですか		1. 実分べん (分べん予定日 ○○年 ○○月 ○○日) 2. 予定分べん																							
	(14)分べんのため休んだ期間 (支給期間)		平成 ○○年 ○○月 ○○日 平成 ○○年 ○○月 ○○日					○○ 日間		自	※	年	月	日	自	※	年	月	日	日数															
										至	※	年	月	日	至	※	年	月	日																
	(エ)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 <u>受けられる</u> ・受けられない					(キ)報酬の支払いを受けたとき、又は受けられるときは、 その報酬の額とその報酬支出の基礎となった(なる)期間		平成○○年○○月○○日から 平成○○年○○月○○日までの分として ○○○,○○○ 円																									
分 べ ん 入 院 し た と き は そ の 旨	(15)上記(14)の休んだ期間 のうち健康保険又は公費 で入院した期間		平成 ○○年 ○○月 ○○日 平成 ○○年 ○○月 ○○日					○○ 日間		自	※	年	月	日	自	※	年	月	日	日数															
										至	※	年	月	日	至	※	年	月	日																
	上記(14)の休んだ期間のうち 自費で入院した期間		自	平成 ○○年 ○○月 ○○日					至	平成 ○○年 ○○月 ○○日					日数	○○ 日間																			
病院名		○○○○総合病院					病院在地		○○県○○市○○町2																										
被扶養者がいるときは、その者の 氏名							生年月日		被保険者との続柄																										
事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	(16)支給算出額(手)		(17)調整減額 コード		(18)海外表示 コード		(19)特別支給 コード		備 考																										
					0:国内 1:国外																														
	労務に服 さなかつ た期間 月 日 勤 勤 状 状 況 態 計 日 間	出勤は ○ 欠勤は × 有給は (有) 早退は (早) 休日は (休)	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	
			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	
			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	
			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	
			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	
			うえの期間の賃 金支給状況及び 計算内訳(賃金 の支給が全然な い場合は、0と 記入してください。 。)		月分及び賃金 計算期間 区分					年 月分					年 月分					年 月分					年 月分					賃金の形態					
										月 日から 月 日まで					月 日から 月 日まで					月 日から 月 日まで					月 日から 月 日まで					月給 (月額 円)					
					基本給					円					円					円					円					日給 (日額 円)					
手 当					円					円					円					円					週給 (週額 円)										
手 当					円					円					円					円					その他										
手 当					円					円					円					円															
手 当					円					円					円					円															
合 計					円					円					円					円					円										

事業主が証明するところ	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	(20)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間					円	月 日支払 日額 円
		(21)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間					円	月 日支払 日額 円
		(22)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間					円	月 日支払 日額 円
		(23)	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間					円	月 日支払 日額 円
以上のとおり相違ないことを証明します。										
平成 年 月 日										
事業所所在地 名 称										
電話 () 番 事業主氏 名 印										

医師または助産師が意見をかくところ	分べん年月日	平成 年 月 日	分べん予定年月日	平成 年 月 日
	(カ)正常分べん又は異常分べんの別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)
	(キ)出生児の数	こちらの欄も記入が必要です。		
	分べんのため入院したときはその期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで	日間	(ク) 入院費用の別
入院した期間のうち健康保険を適用したときはその期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで	日間	健保・公費 自費・その他	
うえのとおり相違なし。記入をお願いしてください。 平成 年 月 日				
住所 職名() 氏名 印				
電話 () 番				

※	(24)減額期間	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	金額
	(25)全部不支給	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	円
	(33)不支給(産前)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	円
	(34)不支給(産後)	期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日 数	円

支払金融機関の欄	(26)支払方法	※ 1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当 地	(28) 預 り 種 別	1:普通 2:当座 3:定期 4:別	銀 行 金 庫 農 協	本 店 支 店
	(27)金融機関コード	※			名 義 人 氏 名	郵便局
	(29)口座番号					
	こちらの欄は記入不要です。					

受取代理人の欄	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。											
	平成 年 月 日					被保険者 (請求者)	住 所					
	(30)代理人の 氏名と印		(フリガナ)			氏 名 印						
	(32)代理人の 住 所		(31)郵便番号	+		(32)住所コード	(フリガナ)			送 信		
社会保険労務士記載欄 印												

[記入上の注意]

※印の欄は、記入しないでください。

○被保険者が記入するところ

1. (4) (13) 欄は該当番号、(エ) 欄は該当文字を○印で囲んでください。
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、(12) 欄に分べん予定日を記入して下さい。

3. (14) 欄は、分べんのため事業所の勤務を休み、賃金がう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 日目までの間において労務に服さなかつ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。

4. 訂正したときは、(9) 欄に押した印と同じ印を押してください。
5. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。ただし、受取代理人がいる場合には、委任者及び受取代理人の押印が必要です。
6. 被保険者以外の方の押印は、省略できません。

○事業主が記入するところ

1. 「出勤状況」欄及び「賃金支給状況及び計算内訳」欄については、出勤簿、賃金台帳から転記してください。
2. 「出勤状況」欄は、賃金締切日に関係なく暦月で出勤は○、欠勤は×、有給は(有)、早退は(早)、事業所の休日は(休)と記入してください。
3. 「賃金支給状況及び計算内訳」欄は、労務に服さなかつた期間に対して将来支給するもの（家族、役付、通勤、住宅手当などの固定給与）は、支払日がこなくても記入してください。
4. 訂正したときは、事業主の印を押印してください。

○医師または助産師が意見をかくところ

1. (カ)、(キ)及び(ク)欄は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. 訂正したときは、医師又は助産師氏名のわきに押した印と同じ印を押してください。

○支払金融機関の欄

1. (28) 欄は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. 口座振込を希望する場合は、(29) 欄に請求者本人の口座番号を記入してください。

○受取代理人の欄

1. 受領を家族、事業主等へ委任する場合には必ず記入押印し「支払金融機関の欄」には、受領受任者の口座番号を記入してください。