

支給決定伺

支給決定額
円

健康保険組合				事業主(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日
支給期間	令和	年	月	日から
	令和	年	月	日まで
				日間

【支給要件】

次に該当した場合、この請求書を健保組合へ提出してください。

- ・被保険者が出産のため会社を休み(出産休暇)、その期間内に給与の支払いがなかった場合

健康保険 出産手当金請求書

\*太枠線内を記入してください

提	①	令和 4 年 4 月 20 日
被	被保険者 記号	② 208 123456
	被保険者の 氏名	物流 花子
保	事業所の名称	ロジスティード(株)
	所 属	本社 人事サービスセンター (Tel 03-6263-2813)
險	連絡先住	③ 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇タワー401 (Tel xxx-xxxx-xxxx)
	出産予定	④ 令和 4 年 4 月 10 日
者	出 産 日	令和 4 年 4 月 11
	出産のため休んだ期	⑤ 和 4 年 3 月 1 日から 令和 4 年 6 月 6 日 まで 99 日間
記	上記の休んだ期間分の 報酬(賃金)を受けました	⑥ <input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けない
	報酬の支払を受けたときはその報酬 額とその支払の基礎となった期	⑦ 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 円
入	委 任	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 4 年 4 月 20 日
	状	⑧ 被保険者氏名 物流 花子 (印) *氏名を自署されても捺印は必要です。

《 記入要領及び記入上の注意事項 》 … 左記帳票の番号と照合してください。

- 健康保険組合(又は事業所)に提出するときにその日を記入してください。
- 健康保険証で確認の上、記入してください。
- 休業中の連絡先を記入してください。  
→ 健保組合又は事業所へ届出の住所と異なっても結構です
- 出産休暇等で会社を休んだ期間を記入してください。
- 出産日(出産が出産予定日より遅れたときは出産予定日)以前42日(多児の場合は98日)から  
出産後56日までの期間のうち、労務に服していない期間を記入してください。
- この請求書で申請する期間内に給与の支払いがあるかを記入してください。
- 上記⑥で‘受けた’に該当する場合、その期間と金額を記入してください。
- 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。  
※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。

医師・事業主 記入例

医 師 又 は 助 産 婦 の 意 見 欄	分娩予定日	ア	令和 4 年 4 月 10 日
	分娩日	イ	令和 4 年 4 月 11 日
	分娩	<input checked="" type="checkbox"/> 単児	<input type="checkbox"/> 多児 (児)
	正常分娩又は異常分娩の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常
	生産又は死産の別	ウ <input checked="" type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠週日)
上記のとおり相違ありません。 令和 4 年 4 月 12 日			
所在地 ○○県○○市○○町1-2-3 医師又は助産師の名称 ○○産婦人科医院 (印) 氏名 中央 三郎 TEL 03 (1111) 1111			

《 事業主担当者用 確認事項 及び 記入要領 》 … 左記帳票の番号と照合してください。

【 確認事項 】 … 医師の意見欄

ア. イ. 本人(被保険者)が記入した日付と差異はないか

ウ. 死産や流産の場合、妊娠4ヵ月(85日)以上であるか 確認すること

※医師の意見欄の内容が訂正されている場合には、該当個所に医師の訂正印があるか確認してください。

【 記入要領及び注意事項 】 … 事業主証明欄

①当請求書の申請期間(本人記入例⑤)のうち、労務に服さなかった期間を記入してください。

②①の期間に対する給与および通勤手当の支給がある場合は、賃金台帳の写しを添付してください。

※該当期間外の遡及精算がある場合は、賃金台帳の余白に いつの精算分であるかを記入してください。

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	1	令和 4 年 3 月 1 日 から 令和 4 年 6 月 6 日 まで 99 日間	賃金計算方法	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給
	※勤休管理表(タイムカード)の写しを添付してください				
上記期間に対する支給		2	<input checked="" type="checkbox"/> 現在までも将来も支給しない <input type="checkbox"/> 全部支給または一部支給した(する)	※支給がある場合は、賃金台帳の写しを添付してください	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 4 月 20 日					
所在地 東京都中央区京橋2-9-2 事業主名称 ロジスティード株式会社 氏名 人事サービスセンター センター長 ○○ ○○ TEL 03-6263-2813					

《 事業所健保担当者の方へのお願い 》

健保組合へ提出される前に…

- ① 本人・医師・事業主 各記入欄に記入もれや、誤りがないか
- ② 添付書類は揃っているか

以上をご確認頂いた上で、事業所担当者印を押印願います。

受付日付印