

【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

出産手当金・出産手当金付加金請求書

請求日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号-番号	記号	番号	フリガナ 被保険者 氏名(自署) 生年月日	S・H 年 月 日生	
	現住所	〒( ) 住所:				
	連絡先	電話: ( )		事業所名 所属名		
	連絡先	メール:				
	出産予定日	年 月 日			出産の日	年 月 日
	出産のため 就労しな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで( 日間)			左記の期間中 に報酬を受給 しましたか	受給した・受給しない 受給できる・受給できない
	上の期間の報酬(賃金)の全部または 一部を受けたときまたは受けられるとき はその報酬額及び期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日分)			報酬額(総支給額):	円
	年4回以上の賞与等の支給等、労務不能となる前の就労に基づく報酬が見込まれ、手当金・付加金を概算仮払される場合は、賞与額・支給対象期間等の確定後に手当金・付加金の過不足が生じた際には、事業主によって、精算を行います					
	振 込 希 望 の 金 庫 機 関	銀 行 ・ 信 用 金 庫	銀行名 (銀行コード)	銀行 信用金庫 (銀行コード: )	支店名 (支店コード)	支店 (支店コード: )
			口座番号	普通預金	口座名義	被保険者名義

※網掛け部分について、被保険者自らご記入ください。(標準送金日は、毎月25日頃となります。なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。)

※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください。

(注意) 出産のため就労しなかった期間について

- ・対象期間は出産の日以前42日(多胎出産の場合は98日)・出産の日後56日間です。
- ・出産の日が出産予定日より遅れた場合は、その遅れた日数を加えます。
- ・対象期間の途中で請求する場合は請求日迄で、将来に向かっての請求は出来ません。

健康保険法 施行規則 第八十七条 (出産手当金の支給の申請)【抜粋・一部要約】

出産手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 被保険者証の記号及び番号
  - 出産前の場合においては出産の予定年月日、出産後の場合においては出産の年月日(出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定年月日及び出産の年月日)
  - 多胎妊娠の場合にあっては、その旨
  - 労務に服さなかった期間
  - 出産手当金が支給される場合において、その期間に俸給を受けることができる場合は、その報酬の額及び期間
  - 出産手当金が支給される場合において、その期間に俸給を受けることができずであった場合は、受けることができずであった報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、ただし書の規定により受けた出産手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
- 前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
    - 出産の予定年月日に関する医師又は助産師の意見書
    - 多胎妊娠の場合にあっては、その旨の医師の証明書
    - 前項第四号の期間に関する事業主の証明書
  - 前項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。
  - 同一の出産について引き続き出産手当金の支給を申請する場合には、その申請書に第二項第一号の意見書及び同項第二号の証明書を添付することを要しない。5(略)

受付日付印

# 出産手当金・出産手当金付加金請求書

事業主が証明する欄	被保険者証 記号 - 番号	—		被保険者 氏名		
	労務に服さな かった期間	年 年	月 月	日 から 日 まで	日間	
	<input type="checkbox"/> 上記期間を対象とした報酬はない。(確認のうえ□に✓するなどしてください)					
	報酬について	上記期間中の 分として、報酬 を全額または一 部支給した場合 又は支給する 場合	報酬支給年月	金額	支給対象期間	特記事項
			年 月	円	年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月	円	年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月	円	年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月	円	年 月 日 ~ 年 月 日	
	<small>(報酬に係る証明欄については、別紙による提出が可能です。但し、報酬の期間・報酬額を上と同様形式で作成のうえ、証明ください。)</small>					
	現在までも又は将来も支給しない場合はその旨					
確認書類	・タイムカード写し等の出欠勤管理表の提出期間： 年 月分 ~ 年 月分 ・その他書類( )					
休職発令期間 復職(予定)日	年 月 日から 年 月 日休職(予定) 年 月 日復職(予定)					
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">事業所名称</div> <div style="text-align: center;">事業主氏名</div> <div style="text-align: right;">(事業主欄は会社担当部署で証明)</div> プルデンシャル健康保険組合 理事長 殿						

医師または助産師が記載する欄	対象者氏名		生年月日	S・H	年	月	日生	
	出産予定日	年 月 日		出産の日	年 月 日			
	出産後のときは 正常出産または 異常出産の別	正常・異常	出産後のときは 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	単胎・多胎の別	単胎・多胎		
	上記の通り相違ありません。							年 月 日
	医療施設等の名称 :							
所在地 :	(〒 — )							
電話番号 :	( )							
医師・助産師氏名								

受付日付印