

健保使用欄

資格取得日：

資格喪失日：

【提出先：申請者→会社担当部署→健保組合】

※A4で片面印刷してください。

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	被保険者等 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: ( ) メール:	事業所名 所属名		営業・内勤		
	出産予定日	年 月 日		出産の日	年 月 日		
	出産のため 就労しなかつた期間	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 金 の 金 庫 番 号 ※	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	カタカナでご記入ください	

※網掛け部分について、被保険者自らが記入ください。

(標準送金日は、毎月10日または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。)

※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つた期間について

- ・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、将来に向かつての請求は出来ません。
- ・出産日は、出産日以前の期間に含まれます。

\*この申請書は両面印刷をしないでください

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	被保険者等 記号・番号	—		被保険者 氏名				
	労務に服さな かった期間	年	月	日	から	日間		
	報酬について	<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)						
		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)				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所名称 事業主氏名 (事業主欄は会社担当部署で証明) 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