【提出先:申請者→会社担当部署→健保組合】

請求日は、医師証明日かつ請求期間より後の日付になります。

資格喪失日:

出産手当金•出産手当金付加金請求書													き日		•	年		月		日
				記号		:	番号		フリガナ			ケンポ アイ								
	被保険者証 記号-番号									被保険者	······	健保 愛								
				••	••••		•	E	氏名(自署)		_									
										生年月日		s(i	H)	3	年	3	月	3	日生	
	現住所			〒(●●● − ●●●●) 住所:東京都千代田区●● ●-●-●																
	連絡先			電 話:●●●(●●●●)●●●●									事業所名 ●●生命保険					食株式会社		
被				メール: $\Delta\Delta\Delta\Delta$ @mmmm.com								所属	名	△△チーム						
保険者が記	出産予定日					•••	● 年	•	月	● 日		出産の	日	•	•••	1	Ŧ ()	₹	日
	就的	産のたる 対しな ヵ :期間		● ● 年						98 日間)	1=	記の期 報酬を ましたが	受給						<u>しな</u> できな	
入	上位	の期間の	り報	酬(賃金	と部ま		月 日から													
				ときまたは受けられるとき					年			月日まで(日発						〉)		
る	はそ	その報酬	額	及び期間				幸	報酬額(総支給額											
するところ	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 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															瀬・支				
ろ								-	1	銀行									支店	
	振込希望の金融機関※	銀行・信用金庫	銀	? 行名					1	信用金庫	支店名		名							~ /⊔
			(\$	^{現行コード)} (銀行:				テコード	ı—ド: ●●●)			(支店コード)		(支店コード: ●●)	
			П]座番号	普通預金															
					•	•	•	•	•	• •		口座名	' 義			被係	呆険者	名	美	
														1						

※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。

健康保険表 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<u>に提出しなけれ</u>

- 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
- 三 多胎妊娠の場合にあっては、その旨
- 四 労務に服さなかった期間
- 五 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
- ユーロニナーュール・火船についる場合において、その期間に俸船を受けることができるはずであった場合は、受けることができるはずであった報酬の額及ひ期間、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

・将来に向かっての請求はできません。

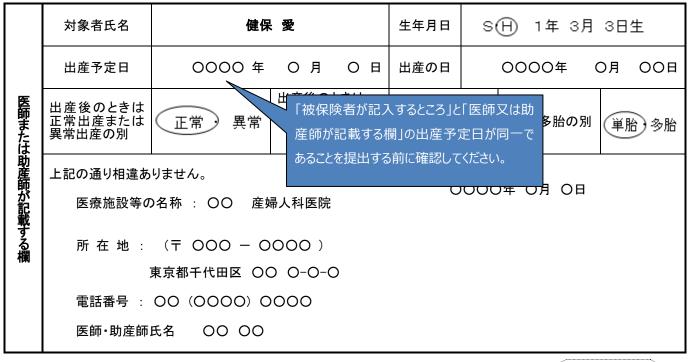
・原則、産後 56 日経過してから届出をしてください。

- 2 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
- 三 前項第四号の期間に関する事業主の証明書
- 3 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。
- 4 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おいては、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

被保険者証 被保険者 00 - 0000 健保 愛 氏 ・支給対象期間における 〇 月 〇日から 0000年 「暦日の出欠勤がわかる 0000年 〇 月 〇 日 まで 98 日間 書類」がわかる書類が必 【を対象とした報酬はない。(確認のうえ口に✔するなどしてください) 要です。申請者又は所 特記事項 報酬支給年月 余額 支給対象期間 属長や会社担当部署で 月 円 年 月 年 н 年 日~ 月 ゅの 手配してください。 年 月 円 年 月 **日~** 年 月 В ・報酬支給額に係る欄を とは 月 円 年 年 月 日~ 年 月 日 した 別紙で提出される場合 月 年 円 年 月 8 ~ 年 月 В え給 は、枠内に『別紙参照』 日~ 年 月 円 年 月 年 月 В などと記入してください。 (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。) 現在までも又は将来も支給し 証 現在までも又は将来も支給しない。 明する欄 ない場合はその旨 •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 確認書類 その他書類() 休職発令期間 年 月 日から 年 月 日休職(予定) 復職(予定)日 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。 0000年 〇月 OB 事業所名称 〇〇生命保険株式 事業主の証明は、会社担当部署がおこないます。 事業主氏名 00 00 会社担当部署へ送付してください。 (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



受付日付印