

健康保険出産手当金請求書

◎必ず2枚目の注意事項をお読みください
本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号		②事業所の名称 (会社名)		
	③被保険者の資格を 取得した日	年 月 日	所属部署	電話 ()	
	④ア)分べん予定日	平成 年 月 日	⑤分べんのため 休んだ期間	平成 年 月 日から	
	イ)分べんの日	平成 年 月 日		平成 年 月 日まで 日間	
	⑥ ア)うえの⑤に書いた期間分の報酬(給与等)を受け ましたか、又は受けられますか			受けた・受けない・受けられる・受けられない	
	イ)報酬(給与等)の支払を受けたとき又は受けられたときは その報酬額とその報酬額支払の基礎となった(なる)期間			平成 年 月 日から	平成 年 月 日までの分として 円

上記のとおり請求いたします。平成 年 月 日

住所 〒
被保険者の 氏名 日中連絡が取れる電話番号 ()

リクルート健康保険組合殿 印

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑦労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間		
	⑧ ⑦の期間中の 分として支払う 報酬関係	ア)全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から	[日額 円]
		イ)一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日から	[日額 円]
		ウ)現在までも又将来も 支給しない場合はその旨		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日	

住所 〒
事業主の 氏名 印 電話番号 ()

医 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑨ア)分べん予定日	平成 年 月 日	⑩単胎又は多胎の別	単胎・多胎
	イ)分べんの日	平成 年 月 日	⑪生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			平成 年 月 日

住所 〒
医療機関の 名称 電話番号 ()
医師・助産師名 印 ※医療機関の所在地・名称はゴム印を使用して下さい。

振 込 先	銀行名	支店名	支店コード
	銀行	店	
受 取 人	預金種目	口座番号	口座名義(カナ)
	1.普通 2.当座		

※振込先は、ゆうちょ銀行以外の金融機関をご記入ください。

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日		
	被保険者の 住所 〒 氏名 印		
	代理人の 住所 〒 (委任者と代理人の関係) 氏名 印		

△ 受付日付印 △

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

<被保険者が記入する欄の注意事項>

1. ①及び③は、健康保険の被保険者証に記載されています。
2. ⑥のア)は、請求書を提出するとき現在までのことを「受けた」、「受けない」に、また将来のことを「受けられる」、「受けられない」に分けて二つの事項を○で囲んでください。
3. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休み、賃金を受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べん予定日以前42日間(分べん予定日後に分べんした場合はその間も支給し、分べん日は産前に含む)分べんの日後56日間を限度として支給されます。
4. 給付金の受領方を被保険者以外に委任する場合、委任状欄に記入押印してください。
5. 振込先を必ず記入してください。
6. この請求書は産後期間(出産日より56日間)経過後に作成し、事業主へ送付してください。

<事業主が証明する欄の注意事項>

1. ⑧のア)とイ)にわたるときは、両欄に分けて記入してください。
2. ⑧のウ)の欄は、現在までも将来も支給しない場合は、「支給しない」と記載してください。
3. 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求については、証明を行なう必要がありません。

<医師が証明する欄の注意事項>

1. ⑩、⑪の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
⑪欄の「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかを該当欄に記載してください。

<共通する注意事項>

1. 印はハッキリと押し、印もれのないよう注意してください。
2. 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印を訂正印として押してください。
3. ⑤、⑦の期間の計算は、両端を入れて間違いなく計算してください。
例えば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。