

記入例

健康保険 出産手当金請求書

被保険者(請求者)記入欄

事業主(会社)記入欄

医師・助産師記入欄

提出先 雇用事業主

※黒のボールペン(消えるインク不可)を使用し漏れないようご記入ください。訂正する場合は被保険者の印鑑を訂正印としてお使いください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|---|----------------------------|----------------|---|----|---|------------|---|---|---|---|---------------|--|
| 被保険者記入欄 | ① 記号・番号 | 記号 | 1 | 2 | 3 | 番号 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 枝番の記入は必要ありません | |
| | ② 被保険者氏名 | フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 | ③生年月日 昭和 5 年 8 月 1 日 平成 | | | | | 自署の場合は押印不要 | | | | | | |
| | ④ 現住所 | 〒 123 - 4567 東京都千代田区飯田橋〇丁目〇番〇号 △△マンション111号室 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤ 電話番号 | 080 - XXXX - XXXX | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥ 出産予定日 | 令和 5 年 2 月 28 日 | ⑦出産日 | 令和 5 年 3 月 1 日 | | | | | | | | | | |
| | ⑧ 出産のため休んだ期間(請求期間) | 令和 5 年 1 月 18 日 から 99 日間 令和 5 年 4 月 26 日 まで | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨ 上記の期間の部分の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 | はい ・ いいえ | | | | | | | | | | | | |
| | ⑩ 「はい」と答えた場合、その報酬の額とその報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 | 令和 5 年 1 月 18 日 から 報酬額 80,000 円 令和 5 年 1 月 25 日 まで 不明の場合は記入不要 | | | | | | | | | | | | |
| | ⑪ 口座情報 ※退職者記入 | 退職者(予定者含む)の場合はKDDI健康保険組合からご指定の口座に振込いたします。ご記入いただいた口座の通帳もしくはキャッシュカードの写しを必ず添付してください。 | | | | | | | | | | | | |
| | | 銀行 金庫 信組 | 本店 支店 出張所 | | | | | | | | | | | |
| | ⑫ 委任状 ※在職者記入 | 本請求に基づく給付金に関する受領を下記⑬の代理人に委任します。 令和 5 年 4 月 26 日 | | | | | | | | | | | | |
| | | 氏名 健保 花子 | 住所 現住所と同じ | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|------------|--|
| 事業主記入欄 | ⑬ 代理人(事業主) | 住所 XXX-XXXX 東京都新宿区西新宿〇-△-口 事業所名 XXXX株式会社 事業主氏名 代表取締役社長 山田 一郎 電話番号 03-XXXX-XXXX |
| | ⑭ 支払い方法 | 給与払い ・ 個人払い |
| 報酬に関する事業主の証明、請求期間の出勤簿および賃金台帳の写しを添付してください。 ※請求期間の報酬にかかる控除や通勤手当が発生している月の賃金台帳も必要です。 | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|----------|-------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医師・助産師記入欄 | ⑮ 出産者氏名 | | | | | | | | | | | |
| | ⑯ 出産予定日 | 令和 年 月 日 | ⑰ 出産日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | ⑰ 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | ⑱ 生産または死産の別 | 生産・死産(妊娠日数 日) | | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 医師・助産師の証明が必要です。 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話番号 | | | | | | | | | | | |

受付日