

記入見本 出産手当金請求書

1 保険証に記載されています。
(本籍会社とはあなたが
雇用されている会社のこと、
保険証では「事業所名称」
となっています。)



2 出産日（出産が予定日後の場合
は出産予定日）以前42日（多胎
の場合は98日）から、出産日の
翌日以降56日までの範囲内で
出産のために会社を休み、給与の
支払いがなかった期間。
※公休日も含めます。

3 医師・助産師に記入していただい
てください。
《医師・助産師の方へ》
不正防止の観点から、医療機関所
在地・名称等はゴム印を使用し
できるだけ捺印くださいますよう
ご協力をお願いします。

4 事業主証明欄には、
何も書かないでください。

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

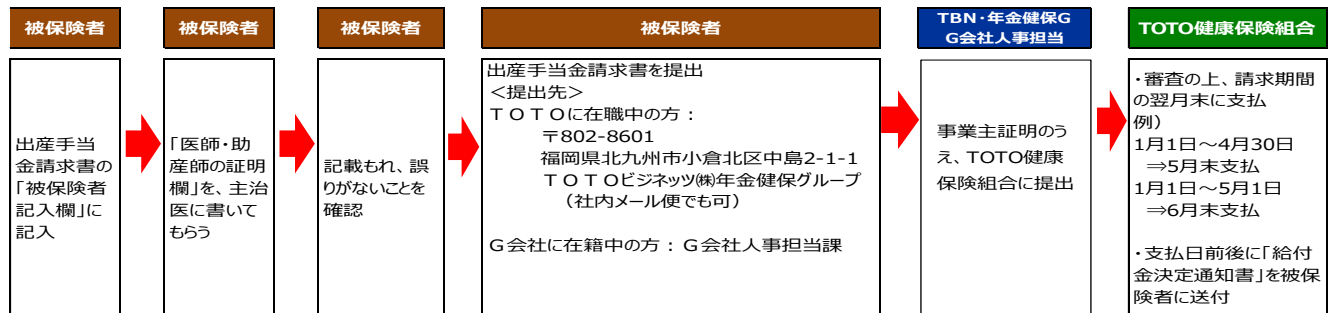
健康保険 出産手当金請求書

被保険者証 記入欄	被保険者証 記号	番号	1	本籍会社	
	被保険者 氏名	(フリガナ)		社員番号	
	住所	〒 TEL			
	出生年月日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
請求期間 (出産のために休んだ期間)		令和 年 月 日	2	和 年 月 日まで	
医師・助産師の証明欄	出産者氏名	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		産生・死産の別	<input type="checkbox"/> 産生 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	
	証明日	令和 年 月 日	医療機関所在地	3	
事業主証明欄		出産のため休業した期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 給与形態 <input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 時給制 支給した日に○ 欠勤控除した日に△ 公休日に○を記入。支給していない日が連続する場合は棒線でも可。(全額控除・全額支給の月は○すれば記入不要。) 令和 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 令和 年 月 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 基準内賃金 円 × % × 欠勤日数 日 <input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 = 円 令和 年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> 欠勤控除 <input type="checkbox"/> 私傷病見舞金 令和 年 月 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 基準内賃金 円 × % × 欠勤日数 日 <input type="checkbox"/> 全額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 21 22 23 24 25 26 27 28 29 = 円 上記以外の月 令和 年 月 ~ 令和 年 月 4 <input type="checkbox"/> 額控除 <input type="checkbox"/> 全額支給 <input type="checkbox"/> 支払無 <input type="checkbox"/> 支払有 有の場合は、下欄に記入 通勤費補助 円 円 定期券補助 円 円 住宅費補助 円 円 福利厚生手当 円 円 被保険者請求期間について、上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 所在地 記入担当者 氏名 (スタンプ印可) 事業主 名称 氏名			
受付日		健康保険組合記入欄	加入中 <input type="checkbox"/> 喪失後 <input type="checkbox"/> 喪失年月日 R . . . <input type="checkbox"/> 喪失前に1年以上資格有 被保険者請求と同じ期間 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 うち不支給期間 法第108条による調整 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要(計算根拠は別紙) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 円		

※請求期間の給料支給明細書・就業記録表を全て添付してください。基準内賃金以外の報酬が給料明細に記載されていない場合は別途、記載があるもの(賃金台帳等)を添付ください。

(R5.10 改)

出産手当金 申請フロー



健康保険の給付は、会社からではなく **TOTO健康保険組合** から支払われます。
(給料に合算して支払うことはありません)
<支払日> 支給決定月の末日 (銀行休日の場合は直前稼働日)
<支払先> 在職者：給料第一口座
退職者：健保組合に届出の口座



《時効》：出産のため職務に服さなかった日ごとにその翌日から起算して2年が経過したとき