

健康保険出産手当金請求書

届出コード 632

被保険者の注意事項

1 ⑦欄の印は本人の自署に限り不要です。
2 ②欄に記入する場合は、⑩欄に記入してください。
3 ③欄は、該当の文字を○で囲んでください。
4 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んだため、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、分べんの日(分べんの日)が分べん予定日より遅れた場合においては、分べん予定日(多胎妊娠の場合においては、98日)目から分べんの日以後56日目までにおいて労務に服さなかった期間が対象になります。
5 この請求書提出するときは、請求期間経過後に提出するときは、請求期間経過後に提出してください。
6 記載事項を訂正したときは、⑦欄の被保険者氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。
7 ※印欄以外はもれなく記入してください。

被保険者証の記号・番号 ③ 生 年 月 日 ④ 計 算 ⑤ 給付記録 ⑥ 受 付 年 月 日
⑦ 被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 と 印 ⑧ 事 業 所 の 名 称 ⑨ 勤 務 場 所 担 当 部 署
⑩ 郵 便 番 号 ⑪ 住 所 コー ド
⑫ 分 べ ん 日 ⑬ 分 べ ん 予 定 日
⑭ 分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間 (請 求 期 間)
⑮ う え の ⑭ に 書 い た 期 間 の 部 分 の 報 酬 を 受 け ま し た か 、 又 は 受 け ら れ ま す か 。
⑯ 分 べ ん 年 月 日 ⑰ 分 べ ん 予 定 年 月 日
⑱ 出 生 児 の 上 記 の と お り 相
⑲ 支 払 区 分 ⑳ 金 融 機 関 コー ド ㉑ 口 座 番 号
㉒ この 給 付 金 の 受 任 欄

事業主の注意事項

1 労務に服さなかった期間の出勤状況及び報酬の支給状況は、出勤簿、賃金台帳から確実に転記してください。
2 休んだ期間に対して将来支給するもの(家族・通勤手当など)は、支払日が来なくても記入してください。
3 被保険者の資格喪失後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は必要ありません。

事業主の証明欄
① 出勤は○ 欠勤は× 有給は○ 早退は○ 休日は○
② 基本給・手当等の名称 左の報酬の支給対象となった期間 日数 金額
③ 給与の計算 休んだ期間の分として 報酬を全額支給した場合は、又は支給する場合は、
④ 給与の支払形 又は旨
⑤ 無給の場合
⑥ 事業主の証明欄
⑦ 事業主の証明欄
⑧ 事業主の証明欄

医師又は助産婦の注意

1 「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何カ月の死産であるか当該欄に付記してください。
2 訂正したときは、医師氏名わきに押した印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

年 月 日 提出

受付日付印