

健康保険出産手当金請求書

届出コ-
632

**被保険者の
注意事項**

1 欄の印は本人の自署に限り不要です。
 2 分べん後に請求する場合は、欄に分べん日を記入するとともに、欄に分べん予定日を記入してください。また、分べん前に請求する場合は、欄に分べん予定日を記入してください。
 3 欄は、該当の文字を、欄で囲んでください。
 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、90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 この請求書を提出するときは、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。
 6 この請求書を提出するときは、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 「記載事項を訂正したときは、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。」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		生 年 月 日		計 算	給付記録	受 付 年 月 日												
3 : 大 5 : 昭 7 : 平		年	月	日		年	月	日										
被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 と 印		(フリガナ)		事業所 の 名 称	勤務場所 担 当 部 署													
被 保 険 者 (請 求 者) の 住 所		郵便番号	(フリガナ)		住所コード	電話 (- -)												
分べん日	平成	年	月	日	分べん 予 定 日	平成	年	月	日									
分べんのため休んだ期間 (請 求 期 間)		平成	年	月	日	から	自	平成	年	月	日	日 数						
うへの 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。		受けた・受けない		報酬の支払を受けたとき又 は受けられるときは、その 報酬の額となる報酬支払の 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

①	分 べ ん 年 月 日	平成	年	月	日	②	分べん予定年月日	平成	年	月	日
③	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (児)		④	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 力月)					
上記のとおり相違ありません。											
平成		年	月	日	所 在 地	医 療 機 関		⑤			
					名 称	医 師 ・ 助 産 婦 氏 名					
					電 話 番 号	(- -)					

支払金融機関の欄	支払区分	1 : 振 込 2 : 当 地 払	預 金 種 別 1 : 普 通 2 : 当 座 3 : 通 知 4 : 別 段	銀行	本店
	金融機関コード			信金・信組	支店
	口座番号			農協	
注意：請求者名義の口座番号を記入してください。 (請求者名義以外の口座には振込できません。)					

委任欄	⑥	この給付金の受領を取締役社長	に委任します。
		申請者氏名	⑦

年 月 日 提出

受付日付印

事業主の 注意事項	⑧	出勤は	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑨	欠勤は x	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑩	有給は (有)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑪	早退は (早)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
事業主の 注意事項	⑫	休業計 間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑬	休日 (休)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	⑭	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																											
	⑮	給与の計算 期間及び 支払日	休んだ期間 の分とし 報酬を全額 又は一部支 払した場合、 又は支給 する場合	(自)年 月 日 (至)年 月 日	日 間	円																											
事業主の 注意事項	⑯	給与の支払い 形 態	月 給 (月額 円) ・ 日 給 (日額 円)	現在までも又は 将来も支給しな い場合はその旨																													
	⑰	無給の場合の社会保険料の負担について、該当するものを	で囲んでください。	本人から徴収	する・しない																												
	上記のとおり相違ないことを証明します。																																
	平成 年 月 日																																
事業主の 注意事項	事業所所在地																																
	名 称																																
	事業主氏名																																
	電 話 番 号 (- -)																																

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。
 1 「死産」を以て付記してください。
 2 訂正したときは、医師氏名を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。
 1 妊娠何カ月の死産であるか当該欄