

記入例

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書（第 1 回）

		令和〇〇年〇月〇日提出		
被保険者（請求者）の記入欄	被保険者記号・番号	事業所の名称	所属	
	10-101234	〇〇薬品工業株式会社	△△部〇〇課	
	被保険者の氏名	住所	TEL	
	健保 国子	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1	999-9999	
	電話	999(999)9999		
	分娩予定日	令和〇〇年 1 月 5 日	分娩日	令和〇〇年 1 月 5 日
入院して分娩したとき	病院又は診療所の名称、所在地	〇〇産婦人科病院	報酬の支払いがあった日は、報酬額により出産手当金額を調整します。	
	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1			
分娩のため休んだ期間	令和〇〇年 1 1 月 2 3 日から 令和〇〇年 3 月 2 日まで 9 8 日間	期間中に報酬を受けたときはその期間	令和〇〇年 1 1 月 2 3 日から 令和〇〇年 3 月 2 日まで 日間	
振込先の確認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。（確認後□にチェック[✓]を付けてください。）			
	<input type="checkbox"/>	在職者：事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み 任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座		
※上記振込先ではなくマイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください)				
医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	令和〇〇年 1 月 5 日	分娩年月日	
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	妊娠 1 0 カ月	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	死(流)産 又は、第 週	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和〇〇年 〇 月 〇 日	〇〇産婦人科病院	4カ月を超える出産であれば、死産であっても支給。	
	医療施設の名称・所在地	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1		
	医師・助産師名	医師 〇〇 〇〇	〔自署の場合は押印不要〕	
事業主証明欄	労務に服しなかった期間	令和 〇〇 年 1 1 月 2 3 日から 令和 〇〇 年 3 月 2 日まで	9 8 日間	
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	上記期間中に支給した報酬額	円	報酬日額	円
	報酬を支給した場合は出産手当金と調整しますので、実際の支給額及び賃金の種類をご記入ください。			
	賃金の種類(該当するものに○)	月給・日給月給・日給・時給・その他()		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和〇〇年 〇 月 〇 日	事業主 住所	事業主の証明が必要です。	
		氏名		

武田薬品健康保険組合

◎武田薬品の方は本社人事届出申請窓口へ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。

◎出生の証明については、医師または助産師の証明が必要となります。