

記入例

健康保険 出産手当金 請求書

2024 年 12 月 25 日提出

申請者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社
						所属	△△支店 △△営業所
	申請者氏名 (自署)	健保 花子				従業員番号	20109999
						メールアドレス	kenpo.00@000.com
	被保険者住所	(〒 103- 必ず自署してください)				日中連絡先(TEL)	090-0000-0000
	東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101						
	出産予定日	2024 年 10 月 10 日			出産年月日	2024 年 10 月 11 日	
	出産のために休んだ 期間(申請期間)	2024 年 8 月 30 日から			2024 年 12 月	社員の方は必ず自署してください	
委任状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※任意継続被保険者の方は、記入は不要です。						2024 年 12 月 25 日
	被保険者氏名 自署してください						健保 花子
退職者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください						
	銀行	支店		口座 番号	(普)	名義 (フリガナ)	

事業主証明欄	労務に服さなかった期 間	2024 年 8 月 30 日から 2024 年 12 月 6 日まで 99 日間						
	上記の期間中、 全額支給した場合	2024 年 8 月 30 日から 2024 年 8 月 31 日まで				支給額	20,000 円	支払日額
								10,000 円
	上記の期間中、 一部支給した場合	年 月 日から 年 月 日まで				支給額	円	支払日額
								円
	給与の種類	☒ 月給者 ☐ 日給月給者 ☐ 日給者 ☐ その他				[添付書類] 「勤務管理表(写)」 「賃金台帳(写)」		
	現在まで、または将来も 支給しない場合はその理由							
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	2024 年 12 月 27 日		所在地		東京都千代田区△△1-1-1			
			事業主の 名称		△△△株式会社			
			氏名		人事部長 △△ △△			
社会保険労務士の 提出代行者印	□□□社会保険労務士法人 □□ □□				事業所 担当者			

医師または助産師の記入欄	出産者氏名	協和 花子						
	出産予定日	2024 年 10 月 10 日			出産年月日	2024 年 10 月 11 日		
	出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)			生産または 死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。							
	2024 年 11 月 11 日		医療施設の所在地		東京都◇◇区◇◇1-1-1			
			医療施設の名称		◇◇◇産婦人科医院			
			医師・助産師の氏名		◇◇ ◇◇			

健保記入欄	支給年度	年度				
	支給期間	年 月 日 から	日間			
		年 月 日 まで				
	支給金額	¥ × 2/3 日 = ¥				
	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	
	資格喪失日	年 月 日				
	受付整理番号					

《健保受付日付印》

2024.12.1改訂