

この届は必ず事業主経由で提出して下さい。健保に直接提出することはできません。(退職後期間のみの請求の場合を除く)

記入例

康 保 険 出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 記入日	平成 28 年 12 月 26 日											
	(2) 被保険者の	記号	1 0 3			(3) 被保険者の 氏名・印	阿 草 康 子					印	
		番号	1 2 3 4 5 6										
	(4) 被保険者の 現住所	〒 1 2 3 - 0 6 8 7 東京都 渋谷区 初台 5-6-7											
	(5) 被保険者の 日中連絡先	080 - 1224 - 5867 (自宅・携帯)					(6) 被保険者 標準額	240 千円					
	(7) 被保険者の勤務して いる、または勤務して いた事業所名称・所属	() アクサ生命保険(株)											
		() アクサダイレクト生命保険(株)											
	(8) 被保険者の 資格取得 年月日	昭和 平成	20年 4 月 1 日					(9) 被保険者の 資格喪失 年月日					
	(10) 出産予定 年月日	平成	29年 1 月 25日					(11) 出産年月日					
	(12) 出産のために休んだ 期間(請求期間)	平成 28 年 12 月 1 日 から 平成 29 年 2 月 28 日 まで 102 日間											
	(13) (12)に書いた期間に対する報酬はありますか	はい ・ いいえ											
	(14) 備考(特事項があれば記載)												
	(15) 振込希望 口座	(a) 金融機関名 および支店名	三菱東京UFJ 銀行					渋谷 支店					
		(b) 口座 種類	普通 当座	(c) 口座 番号	9	8	7	6	5	4	3	フリガナ	アクサ ヤスコ
											名義人氏名	阿草 康子	

出産日以前42日[多胎出産の場合は98日]
と出産日の翌日から56日間の計98日間
[多胎出産の場合は計154日間](予定日
以後に出産した場合は出産予定日以前42日
[多胎出産の場合は98日]と出産日の翌日
から56日間)の範囲内で、会社を休んだ期
間を記入してください。

【被保険者の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
- 3ページ目にある「請求書記入上の注意」をご確認のうえ、記入してください。
- 添付書類については、「請求書に添付するもの」をご確認ください。
- 健康保険証記号番号の代わりに個人番号を使用する場合は、必ず事前に健康保険組合までご相談ください。

受付日付印

事業主が証明するところ	(15)	記入不要です			(16)被保険者の氏名		
	(17)				日から 日まで	日間	
	(18)	平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで	円
	上の(17)の期間中の分として報酬を支給した場合	平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで	円
		平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで	円
		平成 平成	年 年	月 月	日 日	から まで	円
平成 平成		年 年	月 月	日 日	から まで	円	
(19)	報酬を支給しない場合その旨						
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		住所				印	
		氏名					
		電話番号		()			

【事業主の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
- (18)欄： 給与締めごとに証明をし、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明してください。
- (19)欄： 該当する場合、「現在までも、また将来も支給しない」と明記してください。

医師または助産師が意見を書くところ	(20) 分娩した者の氏名					
	(21) 分娩予定日	医師の証明を受け、提出してください			(22) 分娩年月日	平成 年 月 日
	(23) 単胎または多胎	・ 多胎 (児)				
	(24) 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。						平成 年 月 日
医療機関の名称・所在地						印
医師・助産師の氏名						
		電話番号		()		

【医師または助産師の方へ】

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
- (23)欄で「多胎」の場合は、出生児数を記入してください。
- (24)欄で「死産」の場合は、妊娠何週目の死産であるかを記入してください。

【請求書記入上の注意】

1. (4)欄：支給決定通知書の送付、および不備書類返却の際に使用いたします。
2. (5)欄：健康保険組合よりお問合せをする際に使用いたします。
3. (8)欄：健康保険証をご確認のうえ、記入してください。
4. (9)欄：請求時点で、当健康保険組合の資格を喪失している方は記入をしてください。（＝退職年月日の翌日）
5. (12)欄：出産日以前42日〔多胎出産の場合は98日〕と出産日の翌日から56日間の計98日間〔多胎出産の場合は計154日間〕（予定日以後に出産した場合は出産予定日以前42日〔多胎出産の場合は98日〕と出産日の翌日から56日間）の範囲内で、会社を休んだ期間を記入してください。

例1. 出産予定日以後に分娩した場合

出産予定日：10月1日、 出産日：10月5日 の場合
⇒ 8月21日～11月30日〔計102日間〕
（*多胎出産の場合、6月26日～11月30日〔計158日間〕）

例2. 出産予定日以前に分娩した場合

出産予定日：10月1日、 出産日：9月30日 の場合
⇒ 8月20日～11月25日〔計98日間〕
（*多胎出産の場合、6月25日～11月25日〔計154日間〕）

6. (14)欄：被保険者名義の希望振込口座を記入してください。支店名、口座番号など誤りのないよう記入をしてください。

【請求書に添付するもの】※次に該当する場合は、請求書とともにこちらの書類も提出してください。

《 (12)欄 の請求期間に在籍期間が含まれる場合 》

- 「出勤簿」〈写し〉
- 「給与明細書」〈写し〉