

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）

## 健康保険 出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 記入日	令和 年 月 日								
	(2) 被保険者の	記号		(3) 被保険者の 氏名						
		番号								
	(4) 被保険者の 現住所	〒 -								
	(5) 被保険者の 日中連絡先	- - (自宅・携帯)			(6) 被保険者 標準報酬月額	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) 局・支社・部・本部								
		( ) アクサダイレクト生命保険 (株) 営業所 分室								
	(8) 被保険者の 資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	(9) 被保険者の 資格喪失 年月日	平成 令和	年	月	日
	(10) 出産予定 年月日	平成 令和	年	月	日	(11) 出産年月日	平成 令和	年	月	日
	(12) 出産のために休んだ 期間 (請求期間)	平成・令和 年 月 日 から		平成・令和 年 月 日		まで		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		銀行			支店			
		(b) 口座 種類	普通 当座	(c) 口座 番号			フリガナ 名義人氏名			

【被保険者の方へ】

1. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
2. 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。
3. 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。
4. 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	(16) 被保険者証の記号・番号	記号 番号	(17)被保険者の氏名			
	(18) 労務に服さなかった期間	平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 日間
	(19) 上の(18)の期間中の上として報酬を支給した場合	平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 円
		平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 円
		平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 円
		平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 円
		平成・令和 平成・令和	年 年	月 月	日 日	から まで 円
	(20) 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。 令和 年 月 日 事業主 住所 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。
- (19)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。
- (20)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	(21) 分娩した者の氏名								
	(22) 分娩予定年月日	平成 令和	年	月	日	(23) 分娩年月日 平成 令和	年	月	日
	(24) 単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎 ( 児 )							
	(25) 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。 令和 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師・助産師の氏名 電話番号 ( ) 印								

【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。
- (24)欄で「多胎」の場合は、出生児数を記入してください。
- (25)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. (15)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。

《 (18)欄 の労務に服さなかった期間に在籍期間が含まれる場合 》

- 「出勤簿」〈写し〉
- 「賃金台帳」等〈写し〉