

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】

- 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	(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)の期間中の分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】

1. 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
2. (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。
3. (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】

1. 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押してください。
2. (24)欄で「多胎」の場合は、出生児数を記入してください。
3. (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〕(予定日以後に産出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〉