年　　月　　日提出

センコー健康保険組合　殿

健康保険 出 産 手 当 金 請 求 書 （第　　回）

被保険者が記入する欄	1.被保険者証の記号と番号	記号		2.被保険者の氏名	
		番号			
	3.被保険者の現住所	〒　　電話			
	4.事 業 主 の 名 称				
	5.被保険者の資格を取得した年月日	年　月　日		6.被保険者の標準報酬月額	千円
	※この請求が分娩後のときは７と８の欄、分娩前のときは８の欄のみ記入下さい				
	7.分娩した年月日	年　月　日	8.分娩予定日	年　月　日	
	9.分娩のため休んだ期間（出産手当金支給期間）	年　月　日から　年　月　日まで　日間			
	10.上記９の期間分の報酬を受けましたか、	受けた　・　受けていない			
	※報酬の支払いを受けたときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった期間を記入して下さい				
	年　月　日から　年　月　日まで（　日間）の分として　円				

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

（被保険者への注意事項）

イ．出産手当金は事業主を通じて、被保険者に支給されますので、必ず後記の委任状に記入して下さい。
　　但し、任意継続被保険者は除きます。

ロ．医師等の証明については、必ず本書類の後記の医師・助産婦の証明欄に記入を要請して下さい。
　　国外における出産時には当該国の出産証明とその翻訳文を添付して下さい。（医師の証明は不要）

※鉛筆書き・修正液（修正テープ）の使用・訂正印無しの請求書は受付できません。

事業主が証明する欄	11.労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで	期間中の報酬について	・支給した　・一部支給した ・支給する　・一部支給する ・支給しない	給与締切日	日締
					給与支払日	当・翌 月　日払
	12.１ヶ月間の支払額（通常支給する額）		休んだ期間を含む月分を締め切りごとに記入			
	〔日給・時間給の場合は単価を記入〕基本給　（　円）		月　日から 月　日まで	月　日から 月　日まで	月　日から 月　日まで	
	①住 宅　手 当（1ヶ月分　円）					
	②通 勤　手 当（1ヶ月分　円）					
	③家 族　手 当（1ヶ月分　円）					
	④　手 当（1ヶ月分　円）					
	⑤　手 当（1ヶ月分　円）					
	⑥　手 当（1ヶ月分　円）					
	基本給諸手当の欠勤控除の計算方法	（具体的に記入）	欄内の記載に相違ない事を証明します。 年　月　日 〔事業主住所〕 〔事業主名称〕 〔代表者氏名〕			

（事業主への注意事項）

イ．11.の欄は、必ず勤務報告個人表と給与明細書（写し）添付して下さい。

ロ．被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証明は不要です。

（裏面に続く）

医　師 助産婦の 証明する欄	※分娩後のときは、全ての欄、分娩前のときは分娩予定日の欄のみ記入下さい			
	13.分 娩 日	年　　月　　日	14.分娩予定日	年　　月　　日
	15.生産・死産の別	生産・死産（妊娠　　日）	16.出生児の数	単胎・多胎（　　児）
	上記の通り相違ないことを証明する。　　年　　月　　日 〔住　所〕 医　師　〔名　称〕 又は 助産婦　〔氏　名〕 〔 TEL 〕			

委任状	私は、事業主＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、　　年　　月　　日に請求した出産手当金の受領方を委任します。 年　　月　　日 〔住　所〕 本　人 〔氏　名〕

（共通する注意事項）

イ．期間の計算は、両端入れで間違いのないように計算して下さい。
　　例えば、６月１３日から６月１９日迄は７日間となります。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担　当	担　当

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　　）	担当者	