

(記入例)

健康保険

出産手当金  
出産手当金付加金

請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の 記号番号	記号 99 番号 9999	事業所名	デクセリアルズ株式会社 ○○事業所 電話 9-999-9999
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 昭和・平成 63 年 4 月 1 日	
	被保険者 住所	〒999-9999 東京都中央区京橋99-99-99 京橋マンション9999号 電話 99-9999-9999		
	出産年月日	令和 6 年 11 月 11 日	出産予定年月日	令和 6 年 11 月 12 日
	出産のため休んだ期間	令和 6 年 10 月 1 日から 98 日間 令和 7 年 1 月 6 日まで		
	上記期間中に報酬を受けましたか	受けていない 受けた (令和 6 年 10 月分 99,999 円)		

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 7 年 1 月 9 日
	被保険者 (請求者) 健保 花子

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合、ご記入ください。		
	銀行 信用金庫	本店 支店	普通・当座
	口座番号	口座名義	フリガナ

社会保険労務士記載欄
氏名等
社会保険労務士の 証明欄

受付日付印

(記入例)

事業主が証明するところ	被保険者氏名		社員番号																															
	勤務状況	【出勤は○】、【有給は△】、【公休は公】、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。				出勤	有給																											
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日	日
	上記の期間に対し支給しました(しま	事業主の証明欄																<input type="checkbox"/> 時間給																
	上記の期間を含む																	<input type="checkbox"/> 歩合給																
	支給した(する)賃金内訳																	<input type="checkbox"/> その他																
	基本給																	備考																
通勤手当																																		
残業手当																																		
計																																		
賃金計算方法(欠勤控除計																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。					令和	年	月	日									電話	(	)															
事業所所在地													電話	(	)																			
事業所名称													電話	(	)																			
事業主氏名													電話	(	)																			

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定年月日	令和	年	月	日					
	正常出産又は異常分娩の別					生産又は	生産・死産(妊娠週)								
	出産児の数	医師又は助産師の証明欄													
	入院して出産したその期間											也			
	上記のとおり相											日			
医療施設の所在地													電話	(	)
医療施設の名称													電話	(	)
医師又は助産師の氏名													電話	(	)