

# 記入例

## 健康保険出産手当金請求書( 回目)

※ 出勤簿  
賃金台帳 照合者印

平成 年 月 日提出

○ 本請求に関する給付金の受領を代理人に委任する場合は必ず⑭委任状欄に③に押印した印鑑を使用してください  
○ 記入の方法は裏面を参照してください  
○ この欄の訂正をした場合は被保険者・請求者印

① 被保険者証の記号・番号	記号 184 番号 18	② 被保険者(請求者)氏名	金田 恵子	③
④ 被保険者の生年月日	昭和 54年 9月 10日 平成	⑤ 事業所名	〇〇事業(株)	
⑥ 被保険者(請求者)の現住所	〒 105-0000 港区〇〇町9-3-1 電話 03(0000) 0000			
⑦ 被保険者の資格を取得した年月日	昭和 12年 4月 1日 平成	⑧ 既に喪失している場合は喪失年月日	平成 年 月 日	
⑨ この請求は分べん前のもので、分べん後のものですか		ア 分べん前 ・ イ 分べん後		
⑩ 分べんの日分べん予定日	平成 20年 7月 25日 分べん			
	平成 20年 7月 20日 分べん予定			
⑪ 分べんのため休んだ期間	平成 20年 6月 9日 から	103日間		
	平成 20年 9月 19日 まで			
⑫ (1) うえの⑪の期間に報酬を受けましたか、または受けられますか		ア 受けた イ 受けない ウ 受けられる エ 受けられない		
⑫ (2) 報酬を受けたとき、または受けられるときは、その報酬の額とその支払いの基礎となった(なる)期間		平成 20年 6月 11日から 平成 20年 7月 10日まで の分として 交通費 8,570 円		
⑬ 振込口座	銀行 ( )	口座の種類	店番号	口座番号 右詰めでご記入ください
	支店 (普通・当座)	631	1918510	フリガナ カネダ ケイコ
被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。				

⑭ 委任状	被保険者(請求者)	住所		氏名		印 (③欄と同じ印を押してください)
	受領代理人	郵便番号	住所		氏名	委任者と代理人との関係
		住所	氏名		印	
		電話番号 平日昼間の連絡先	( )		(会社・自宅・携帯)	
		東京金属事業健康保険組合 受付日付印				

※

※申請時には、申請期間とその期間前1ヶ月分の賃金台帳・出勤簿(タイムカード)の写しを添付してください。  
なお、給与等の支払いがある場合は賃金台帳(写し)の余白欄にその計算式を記入してください。

⑮ 労務に服さなかった期間	平成 20年 6月 9日 から	103日間	
	平成 20年 9月 19日 まで		
⑯ 報酬の支払日	(当月・翌月) 10日締め 25日払い	⑰ 報酬の支払い形態	ア 月給制 イ 日給月給制 ウ 日給制 エ 時間給制 オ その他 ( )
⑱ ⑮の期間中の分として報酬を全額または一部支給した場合またはする場	20年 6月 11日 から	20年 7月 10日 までの分として	交通費 8,570 円 (7月 25日支払)
	年 月 日から	年 月 日までの分として	円 ( 月 日支払)
	年 月 日から	年 月 日までの分として	円 ( 月 日支払)
⑲ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨	現在までも、また将来も支給しない		
⑳ うえのとおり相違ないことを証明します。		平成 20年 10月 1日	
事業所所在地 160-0000 新宿区〇〇町3-6-9		事業主 事業主印	
事業所名 〇〇事業(株)		事業主氏名・印 〇〇□□男	
電話番号 03-0000-0000			

⑳ 医師または助産師が意見を記入すること	⑲ 分べん年月日分べん予定年月日 ※必ず記入してください	平成 20年 7月 25日 分べん	平成 20年 7月 20日 分べん予定
	⑳ 分べん後のときは、正常分べん又は異常分べんの別	正常 ・ 異常	㉑ 分べん後のときは、生産または死産の別
	㉒ 単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎	㉓ 入院して分べんしたときはその期間
	平成 20年 7月 24日 から	8日間	平成 20年 7月 31日 まで
	⑳ 入院費用の別	健保 ・ 自費 ・ その他	㉔ うえのとおり相違ありません。
	平成 20年 9月 20日		医療機関所在地 105-0000 港区〇△町1-3-6
	㉕ 医療機関名称	△△産婦人科	㉖ 医師の氏名・印 〇〇〇子
	㉗ 電話番号	03-0000-0000	印