

常務理事	事務長	係

健保記入欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
日額	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
	支給期間	年 月 日～ 年 月 日 日間		

## 健康保険 出産手当金請求書 ( 出産前 出産後 )

被保険者 (申請者) 記入欄	被保険者等 記号・番号	1324 -	社員No.	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。			
	被保険者 氏 名	生年月日		昭 平 令	年 月 日	電話番号 (日中の連絡先)	( ) ( )
	住 所	〒 -					
	申請内容	出産予定日	令和 年 月 日	出 産 日	令和 年 月 日	出生児数	単胎・多胎(児)
	出産のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	左記の期間に傷病手当金 を請求・受給しましたか?	<input type="checkbox"/> 請求し受給した <input type="checkbox"/> 請求していない <input type="checkbox"/> 請求中 ※ 出産手当金受給期間は傷病手当金の請求ができません		
	上記の期間に報酬をうけましたか。 また今後受けますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、 その報酬額とその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	円		
本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日記入							
氏 名 (申請者)							

振込先 口座	◆資格喪失者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。(「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付) ※被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要) □マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します 注)口座情報の反映には数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)							
	金融機関コード					店番号			
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	口座番号				口座名義(カナで記入)				
普通									

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※被保険者記入欄に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

請求書提出先⇒人事総務G

医師・ 助産師 記入欄	出産者 氏 名	出産予定日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠週)
		出 産 日	令和 年 月 日	出生児数	単胎・多胎(児)
	以上の内容に相違ないことを証明する。				
	住 所 (所在地)	令和 年 月 日			
	医療施設名称				
	医師・助産師氏名				Tel: _____

※記載内容を訂正した場合は、訂正箇所には医師の押印、サインをお願いいたします。

事業主 証明 欄	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	日間	資格取得日	平成 令和	年 月 日	
	上記期間中の 給与支払状況	<input type="checkbox"/> 不支給 <input type="checkbox"/> 支給(全部・一部)	給与区分	<input type="checkbox"/> 完月給 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給	資格喪失日	令和 年 月 日	
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。また、出勤簿と賃金台帳を添付してください。						
	支 給 し た 賃 金 の 内 訳	期 間	単 価	月 日～ 日・日分	月 日～ 日・日分	月 日～ 日・日分	月 日～ 日・日分
		手 当 の 名 称	一月あたりの所定賃金を記入 ※時間給は時間単価	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日	出( )日・有( )日
		□ 基本給 (内:固定残業基本 含)	,	,	,	,	,
		□ 住宅・地域 手 当	,	,	,	,	,
		□ 資格 手 当	,	,	,	,	,
		□ ライフプラン 手 当	,	,	,	,	,
		□ 手 当	,	,	,	,	,
□ 手 当		,	,	,	,	,	
□ 手 当		,	,	,	,	,	
□ 通勤手当	,	,	,	,	,		
□ 減額金	,	,	,	,	,		
賃金計算方式(欠勤控除計算方法など)についてご記入ください。							

上記のとおり相違ないことを証明します。  
委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。

令和 年 月 日証明 事業所所在地

受 任 者 事業所名称

事業主氏名

※記載内容の訂正箇所には事業主の押印、サインをお願いいたします。

CNCグループ健康保険組合

## 記入例 1

### 健康保険 出産手当金請求書 ( 出産前 出産後 )

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	1324 - 92XXX	社員No.	210XX9	保険証の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	被保険者氏名	健保 美空		生年月日	9年1月1日	電話番号 (日中の連絡先)	075 (000) 1111
	住所	〒604-85◆◆京都市中京区寺町通御池上る上本能寺▲町〇×-10					
申請内容 記入欄	出産予定日	令和4年9月 <del>24</del> <sup>3</sup> 日	出産日	令和4年9月11日	出生時数	単胎・多胎(児)	
	出産のために休んだ期間	令和4年7月24日から 令和4年11月6日まで	106日間	左記の期間に傷病手当金を請求・受給しましたか?	<input type="checkbox"/> 請求し受給した <input checked="" type="checkbox"/> 請求していない <input type="checkbox"/> 請求中	※ 出産手当金受給期間は傷病手当金の請求ができません	
	上記の期間に報酬をうけましたか。また今後受けますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬額とその期間	令和4年7月24日から 令和4年11月6日まで	84,500 円		
	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。	健保 美空 (申請者)			令和4年11月15日記入		

出産予定日 = 自然分娩予定日

※会社(人事総務G)が「出産のためにやすんだ期間」の欄に書かれた期間に対し、給与計算を行い結果確定後、健保組合に書類を提出します。

給与締日：毎月末日

記入日 → 「出産のために休んだ期間(請求期間)」経過後の日付

- ・出産手当金は、産前分(出産日は産前期間に含)、産後分など複数回に分けて申請することも可能です。
- ・該当するものに✓を入れてください。

## 記入例 2

### 健康保険 出産手当金請求書 ( 出産前 出産後 )

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	1324 - 92XXX	社員No.	210XX9	保険証の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください。		
	被保険者氏名	健保 美空		生年月日	9年1月1日	電話番号 (日中の連絡先)	075 (000) 1111
	住所	〒604-85◆◆京都市中京区寺町通御池上る上本能寺▲町〇×-10					
申請内容 記入欄	出産予定日	令和4年9月 <del>24</del> <sup>3</sup> 日	出産日	令和4年9月11日	出生時数	単胎・多胎(児)	
	出産のために休んだ期間	令和4年7月24日から 令和4年9月11日まで	50日間	左記の期間に傷病手当金を請求・受給しましたか?	<input type="checkbox"/> 請求し受給した <input checked="" type="checkbox"/> 請求していない <input type="checkbox"/> 請求中	※ 出産手当金受給期間は傷病手当金の請求ができません	
	上記の期間に報酬をうけましたか。また今後受けますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬額とその期間	令和4年7月24日から 令和4年9月11日まで	84,500 円		
	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主に委任します。	健保 美空 (申請者)			令和4年9月30日記入		

「出産のために休んだ期間(請求期間)」経過後の日付

#### 【支給期間】

出産日(出産予定日より遅れた場合は予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から  
出産日後56日の期間