

青は会社や病院、赤は個人が記入するように表しています。

<記入例>

出産手当金請求書

スズキ健康保険組合理事長 殿

令和 4 年 12 月 1 日提出

被保険者記入欄	被保険者証 記号番号	* 1 - XXXXX	被保険者の 住所・電話	〒XXX-XXXX Tel 440-XXXX XXX市XXX町XX-1		
	被保険者の 氏名と印	鈴木花子	資格取得日	平成30年4月1日		
	資格喪失日	年 月 日	出産予定日	令和4年9月25日		
	出産日	令和4年9月25日	分娩のため 休んだ期間	自 令和4年8月15日 98日間 至 令和4年11月23日		
	休暇中報酬 のあった期間	自 令和4年8月15日 15日間 至 令和4年8月30日	報酬の額	205,500円	出産児数	1児

事業主証明欄	労務に服さな かった期間	自 令和4年8月15日 98日間 至 令和4年11月23日	欠勤控除の 計算方法	* 添付の出勤簿・賃金台帳参照		
	上記期間中、報酬の一部 又は全額を支給した場合	自 令和4年8月15日 15日間 至 令和4年8月30日	支給額	205,500円		
	上記の通り相違ないことを証明します。			令和4年12月10日		
所在地			XX県XX市XX町			
事業主 名称			株式会社スズキ自販〇〇			
氏名			代表取締役 〇〇〇〇			

※勤務記録（出勤簿）・賃金台帳（給与明細）写しを添付いただければ、 内は省略しても構いません。

※欠勤控除の計算方法は、賃金台帳（給与明細）写しに記載いただいても構いません。

※被保険者資格を喪失した後の期間にかかる請求のときは、事業主の証明を要しません。

医師又は助産師意見	出産日	令和4年9月25日	出産予定日	令和4年9月25日		
	出産児の数	単胎・多胎 (児)	分娩の別	異常分娩・ 正常分娩	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠週)
	上記の通り相違ないことを証明します。			令和4年10月1日		
住所			XX県XX市XX町			
医療施設名称			〇〇医療センター			
職名 () 氏名			〇〇〇〇			

健保組合記入	標準報酬	月 額	千円	支給 何	年	月	日
	率	①	$\frac{2}{3}$	②	休んだ	日	日間
	総支給額	<p>※出産手当金の日額は、標準報酬日額(※)の2/3です。 事業主から産前産後休暇中に給与の一部が支給される場合、標準報酬日額の2/3と比較します。事業主からの給与が標準報酬日額より少ない場合は差額が支給され、給与が多い時は支給されません。 * 医師証明には費用がかかりますので、提出前に計算を!! (※) 直近12か月間の標準報酬月額平均額の30分の1</p>					

※給付金は、健保に登録されている口座に振り込みます。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。

【備考欄】「被保険者証記号番号」*にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。

① 記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。② 2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。