

健康保険 出産手当金請求書  
Health Insurance Claim Form for Maternity Benefits

		年 月 日 提出 Submitted Year Month Day							
被保険者が記入するところ To be completed by the insured person	被保険者証の記号と番号 Insurance card code and number	記号 Code 1	番号 Number 1234	資格取得日 Date eligibility was acquired	昭和(Showa) 平成(Heisei) 令和(Reiwa) 西暦(A.D.)	29年04月01日 Year Month Day	資格喪失日(喪失後の場合) Date eligibility was lost (if after it has been lost)	昭和(Showa) 平成(Heisei) 令和(Reiwa) 西暦(A.D.)	年 月 日 Year Mont Day
	社員番号 Employee number	00000							
	被保険者(請求者)氏名 Name of the insured person (claimant)	フリガナ(Katakana) ケンコウ リョウコ 健康 良子		被保険者(請求者)住所 Address of the insured person (claimant)	〒 000-0000 東京都〇〇市△△町1-2-3 □□マンション 202号室				
	生年月日 Date of birth	昭和(Showa) 平成(Heisei) 西暦(A.D.)	60年8月8日 Year Month Day		電話 Phone	090 ( 1234 ) 0000			
	出産予定年月日 Expected date of childbirth	平成29年2月21日 Year Month Day	出産年月日 Date of childbirth	平成29年2月18日 Year Month Day					
出産のため休んだ期間 Time period not worked due to maternity	平成29年1月18日 から 平成29年4月15日 まで From Year Month Day Until Year Month Day	98日 number of days not worked	出生児の数 Number of children born	単胎・多胎(児) Single birth / Multiple birth (children)					
上記に記入した期間の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか Have you received, or will you receive, remuneration (wages) for the time period above?	現在まで Until now	受けた・受けない Received / Have not received		将来 Future	受けられる・受けられない Will receive / Will not receive				
報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間 If you have received(or will receive) payment of remuneration, what is the amount of the remuneration and what period was (will be) its base?	年 月 日 から Year Month Day		の分として JPY as a portion of		円				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。  
\* If you are appointing a recipient, please fill out the proxy.

委任状 Proxy	<input checked="" type="checkbox"/> ①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。 I entrust the business owner to receive the benefits based on this claim.	←該当するものにチェック☑して下さい。 Check the box for whichever applies.	年 月 日 Year Month Day
	<input type="checkbox"/> ②本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 I entrust the person below to receive the benefits based on this claim.		
被保険者(申請者)氏名 Insured person (applicant) Name	被保険者以外の名義人の口座への振込を希望する場合は 委任状を記入して下さい		
代理人 実際に給付を受領する者)氏名 Representative (The person who will actually receive the benefits) Name			

支払金融機関 Financial institution for payment	銀行 Bank	本店 Main branch
	信金・信組 Shinkin bank or credit association	支店 Branch
	支店番号 Branch number	口座種別 Type of account
名義人 Name on account	フリガナ(Katakana)	

受付日付印

## 留意事項 Points of note

- 出産のため休んだ期間は、出産のため労務に服さなかった期間と、その日数(公休日含む)を記入してください。通常は、出産予定日以前42日(多胎妊娠の場合98日)から出産日の翌日から56日目。  
Please write the period of time during which you did not work, and the number of days (including public holidays), as the time period not worked due to maternity. Normally this is from 42 days before expected childbirth date (98 days in the case of multiple pregnancy) until the 56th day from the day after childbirth.
- 海外で出産した場合は、医師・助産師が記入するところに記載されている項目を出産した医療機関から別紙に証明をうけてください。(証明書が外国語の場合は翻訳者の住所・氏名・捺印・連絡先が記入された翻訳文を添付してください。)  
If childbirth occurs overseas, please receive a separate document from the delivering medical institution for the items in the section for certification by the doctor or midwife. (If the certificate is written in a language other than Japanese, please attach the translated text including the name, address, seal, and contact information of the translator.)

社会保険労務士

※被保険者の資格を喪失した後の請求期間については事業主の証明は不要です。

\*Certification by the business owner is not required for time periods of claims after the insured person has lost eligibility.

労務に服さなかった期間		年 月 日 から		年 月 日まで		日間																												
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。						出勤	有給	計																										
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	
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	
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	
うえの期間中にかかる分として支払った報酬（給与・手当等）		ア	年 月 日～		年 月 日までの分として		円（	月	日支払）																									
		イ	年 月 日～		年 月 日までの分として		円（	月	日支払）																									
		ウ	年 月 日～		年 月 日までの分として		円（	月	日支払）																									
		エ	年 月 日～		年 月 日までの分として		円（	月	日支払）																									
現在まで、将来も支給しない場合はその旨								給与締日	日																									
								給与支払日	当月 翌月																									
支払額・控除額の算出式																																		
上記のとおり相違ないことを証明します。								年 月 日																										
所在地																																		
事業主 名称																																		
氏 名																																		
電 話																																		

事業主の証明が必要です

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

出産者氏名			
出産予定年月日	年 月 日	出 産 年 月 日	年 月 日
正常出産又は異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週 日)
出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
<p style="color: red; font-size: 24px; font-weight: bold;">医師または助産師の証明が必要です</p>			
所在地			
名 称			
医師・助産師の氏名			
電 話			

医師または助産師の証明が必要です