

出産手当金請求書

年 月 日提出第()回

本人記入欄			
事業所名		所属部署	
保険証記号番号	記号	番号	
被保険者名	Ⓜ *	被保険者連絡先	E-MAIL: TEL : - -
被保険者住所			
被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	分娩の日	年 月 日 時頃
分娩のため仕事を休んだ期間(暦日)	年 月 日から 年 月 日まで()日間		
休んだ期間中有給休暇や給料を受けられる日があるときはその期間(暦日)	年 月 日から 年 月 日まで()日間		

マイナンバー記入欄: 被保険者の記号番号を記入した場合記入は不要です()

* 被保険者が自筆(手書き)の場合は押印省略可

<必ずお読みいただきチェックを入れてください>

確認事項	<input type="checkbox"/> 申請書のご記入漏れが無いをご確認ください
振込	※出産手当金は被保険者給与口座に振込まれます ※出産手当金の振込は毎月1回、原則10日(金融機関休日の場合後ろにずれます)となります ※振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します
申請書提出先	各事業所の健康保険担当者に提出 ※資格喪失後の申請が2回目以降の方のみ健康保険組合(1930A)へ直接提出

健康保険組合使用欄	
産前	
産後	

R3.09 プリヂェストン健康保険組合

出産手当金請求書(裏面)

医師の意見欄			
患者氏名			
出産予定年月日	平成・令和 年 月 日 予定		
出産年月日	平成・令和 年 月 日 出産		
正常分娩又は異常分娩	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
出生児の数	単胎・多胎 (児)	入院費用の負担	自費 ・健康保険診療
入院して出産した時はその期間	平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで()日間		
上記のとおり相違ありません			
		年 月 日	印
医療機関所在地 医療機関名称 電話 主治医氏名			

事業主証明欄			
給与・賃金の所定額			休業等不就労期間
支払項目	所定額	支払形態	年 月 日から 年 月 日まで ()日間
		月給・月額不就労控除・その他()	退職日以降の報酬支払日 ※資格喪失前後の受給の場合のみ記入
		月給・月額不就労控除・その他()	
		月給・月額不就労控除・その他()	
		月給・月額不就労控除・その他()	
		時給()円⇒日額換算()円	
通勤手当			
計			
事業主 添付書類	休業期間の 勤怠表	公休日・年休・欠勤・出勤等の勤怠の記載のあるものをご提出ください 記載が無い場合は付記ください	
	休業期間の実績が反映された給与計算台帳	給与計算台帳を添付ください 無い場合は賃金の額の方の書類をご提出ください ※賃金の計算方法(欠勤控除の計算、療養休職手当等)を給与明細の空欄にご記入ください	
注意事項	資格喪失後受給の場合、喪失直後第1回目申請については事業主証明が必要です 資格喪失後受給の場合、給付金のお知らせは事業所経由で送付させていただきます		
上記のとおり証明します		年 月 日	事業所担当部署
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		係	長