

記入例

2枚目のみを印刷して作成・押印
各事業所(会社)の申請窓口へ提出

印刷の注意

提出用原版はB4用紙で印刷
プリンタのサイズをB4に設定して印刷

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	98 765	被保険者の 氏名	健保 令子	
	被保険者の 住所	〒650-0000 神戸市〇〇区△△町8丁目9-1			
	被保険者の 電話番号	090-1234-5678	生年月日	昭・平・令 5年 3月 3日	
	事業所名称	(株)◇◇◇◇◇	被保険者の 標準報酬月額	240千円	
	資格取得日	昭・平・令 28年 3月 3日	資格喪失日	平・令 年 月 日	
	この請求は分娩前のものでしょうか、または分娩後のものですか			分娩前 ・ 分娩後	
	分娩の日	令和 元年 6月 20日	分娩予定日	令和 元年 6月 20日	
	分娩のため 休んだ期間	令和 元年 5月 10日から 令和 元年 8月 15日まで 98日間			
	上記期間に報酬を 受けましたか、又は 受けられますか	受けた ・ 受けない	報酬を受けたときは又は受 けられるときは、その報酬 額とその報酬額支払の基礎 となった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として 円	
	入 院 し て 分 娩 し た と き	病院名	△△産婦人科医院	病院の 所在地	神戸市〇〇区△△町1丁目1-1
健康保険又は公費で入院した期間		元年 6月 19日から 元年 6月 25日まで 7日間			
自費で入院した期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
被扶養者がいるときはその者		氏名	生年月日	続柄	
振 込 先	銀行名	△△銀行	普通 口座番号	9999999	
	支店名	〇〇支店	口座名義(カタカナ)	ケンポ レイコ	
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。					
令和 元年 8月 20日					
ワールド健康保険組合理事長 殿					
氏名 健保 令子 印					

シャチハタ不可

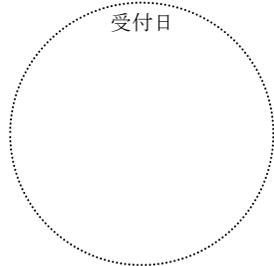
事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給
	上の期間と して支払う報酬 関係	全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日までの期間は 全報酬額支給 (月 日支払)	
	一部支給の場合	事業主の証明をもらってください		
現在までも又将来も支給しない場合はその旨		支払) 日額 円		
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
住所 事業主 名称 氏名 印				

医師又は助産師の意見欄	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
	正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎	健保	公費 その他
	入院の期間	健保	日まで 日間	
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
住所 医師 名称 助産師 氏名 印				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者住所 (請求者) 氏名		印	
	代理人の住所	〒		
	代理人の氏名			
振込先	銀行名		口座番号	
	支店名		口座名義(カタカナ)	

支給決定伺

常務理事	事務長	課長	担当	支給 期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
支給 決定日	年	月	日	支給 決定額				円



出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号		被保険者の 氏名		
	被保険者の 住所	〒			
	被保険者の 電話番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	事業所名称		被保険者の 標準報酬月額	千円	
	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	平・令 年 月 日	
	この請求は分娩前のものでしょうか、または分娩後のものですか		分娩前 ・ 分娩後		
	分娩の日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日	
	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで			
	上記期間に報酬を 受けましたか、又は 受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない	報酬を受けたときは又は受 けられるときは、その報酬 額とその報酬額支払の基礎 となった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として	円
	入 院 し て 分 娩 し た と き	病院名		病院の 所在地	
健康保険又は 公費で入院した期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
自費で入院 した期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
被扶養者が いるときは その者		氏名	生年月日	続柄	
振 込 先	銀行名		普通 口座番号		
	支店名		口座名義(カタカナ)		
本請求は事業主経由であることに同意した上で請求します。 令和 年 月 日 ワールド健康保険組合理事長 殿 氏名 印					

事 業 主 が 証 明 す る 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	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給	
	上 の 期 間 と 支 払 う 報 酬 関 係	全額支給 の場合	年 月 日から 年 月 日までの期間は 全報酬額支給 (月 日支払)		
		一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日までの期間の分 ¥ 日額 円		
		現在ま でも又 将来し も支給 しない 場合は その旨			
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 事業主 名称 氏名 印					

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定日	令和 年 月 日
	正常分娩又は 異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は 死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)	入院費用の別	健保 自費 ・ 公費 その他
	入院の期間	自費	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
健保		年 月 日から 年 月 日まで 日間		
うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師 名称 助産師 氏名 印				

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 印			
	代理人の住所	〒		
	代理人の氏名			
	振 込 先	銀行名		口 座 番 号
支店名			口座名義(カタカナ)	