

健康 保 険 組 合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日		
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日		
	算出基礎	× 2/3 ×					
	支給期間	自	平成 令和	年	月	日	日間
		至	平成 令和	年	月	日	
	支給額						円
	不支給理由						
支払年月日	令和	年	月	日			

支給支払決議書				
常務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当
備考				




出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	[1] 被保険者証の 記号 - 番号	—			[2] 事業所名							
	[3] 被保険者の氏名				[4] 生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	[5] 分娩予定日	平成・令和	年	月	日	[6] 分娩日	平成・令和	年	月	日		
	[7] 分娩の為休んだ 期間(請求期間)	自	平成 令和	年	月	日	日間	[8] 左記期間の 標準報酬月額 千円 (等級)				
		至	平成 令和	年	月	日						
	[9] 被保険者名義の 振込先金融機関	預金種別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協			本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) (名義)				
		支店 コード			口座番号							※旧姓・新姓にご注意ください
	上記のとおり請求します。											
	令和 年 月 日											
〒												
住所 被保険者 氏名 TEL												
⑩ ひかり健康保険組合理事長 殿												

医 師 ま た は 助 産 師 が 証 明 を す る と こ ろ	[10] 分娩予定日	平成・令和	年	月	日	[11] 分娩日	平成・令和	年	月	日	
	[12] 正常または異常 分娩の別	正	常	・	異	常	[13] 生産または 死産等の別	生産・死産・早流産(妊娠 ヶ月)			
	[14] 出生児数	単胎・多胎(児)									
	上記のとおり相違ないことを証明します。										
令和 年 月 日											
〒											
所在地 医療機関の 名称 医師・助産師の氏名 TEL											
⑩ ひかり健康保険組合理事長 殿											

【注意事項】
 ・請求期間: 出産日(出産予定日より遅れたときは出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日翌日から56日間で記載してください。

201905改定

事	[15]分娩の為休んだ期間(請求期間)	自 平成・令和 年 月 日	至 平成・令和 年 月 日	日間																															
	業	[16]上記期間の就労状況	対 象 月 就 労 状 況											対 象 月 中 の 報 酬 支 払 日 数	対 象 月 の 標 準 報 酬 月 額																				
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	日間	千円
主	出勤:無印 欠勤:黒○ 有給:赤○ 会社休日:／	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	日間	千円
			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	日間
が		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	日間	千円
			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	日間
証		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	日間	千円
			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	日間
明	[18]上記期間に報酬(賃金の全部または一部を支給したか・否か	支給した・支給しない											[19]左記が「支給しない」の場合その理由																						
		[17]上記の期間中の分として支払う報酬係	支 給 期 間											期 間 中 の 報 酬 支 払 金 額	期 間 中 の 1 日 あ た り の 報 酬 支 払 金 額																				
す	[20]上記が「支給した」の場合その期間及び金額		自 平成・令和 年 月 日											日間	円	円																			
		至 平成・令和 年 月 日											日間	円	円																				
る	上記のとおり相違ないことを証明します。																																		
	と	令和 年 月 日											〒																						
こ	住所																																		
	事業主 名称																																		
ろ	氏名																																		
	TEL																																		
 ひかり健康保険組合理事長 殿																																			

【添付書類】

- 請求期間の属する給与期間中の賃金台帳の写し(就労状況や賃金支払い有無を問いません)
- 対象月に1日でも出勤がある場合は、対象月の出勤簿(タイムシート)の写し

【注意事項】

・請求期間:出産日(出産予定日より遅れたときは出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日翌日から56日間で証明してください。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。

例) 〒×××-△△△△

健康保険組合の記入欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日	支給支払決議書					
	資格喪失日	平成・令和	年	月	日	常務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当	
	算出基礎	× 2/3 ×									
	支給期間	自	平成 令和	年	月	健康保険組合の記入欄	受付日付印				
		至	平成 令和	年	月						
	支給額										
不支給理由											
支払年月日	令和	年	月	日							

出産手当金請求書

被保険者が記入するところ	[1] 被保険者証の記号 - 番号	1	54321	[2] 事業所名	株式会社 ○×通信													
	[3] 被保険者の氏名	光 花子			[4] 生年月日	昭和	平成	60	年	10	月	25	日					
	[5] 分娩予定日	平成	令和	31	年	3	月	1	日	[6] 分娩日	平成	令和	31	年	3	月	7	日
	[7] 分娩の為休んだ期間(請求期間)	自	平成	31	年	1	月	19	日	104	日間	[8] 左記期間の標準報酬月額	220	千円	(18	等級)	
	[9] 被保険者名義の振込先金融機関	預金種別	1 普通	000	銀行	×××	本店	口座名義										
		2 当座	※ゆづちよ不可			金庫	支店	(フリガナ)	ヒカリ ハナコ									
		支店コード	4	5	6	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	出張所(名義)	光 花子			
															※旧姓・新姓にご注意ください			
		上記のとおり請求します。																
	令和 1 年 5 月 10 日																	
	〒 ×××-△△△△																	
	住所 東京都豊島区〇〇町×××-△△																	
	被保険者氏名 光 花子																	
	TEL 090 - 〇〇〇〇 - ××××																	
	ひかり健康保険組合理事長 殿																	

[1]健康保険被保険者証に記載されている記号・番号

[2]健康保険被保険者証に記載されている会社名

[7]分娩日の42日前～分娩日の56日後で記載

※分娩日が予定日より遅れた場合は予定日の42日前～分娩日の56日後で記載

医師または助産師が証明をするところ	[10] 分娩予定日	平成・令和	年	月	日	[11] 分娩日	平成・令和	年	月	日
	[12] 正常または異常分娩の別	正	常	・	異	常	[13] 生産または死産等の別	生産・死産・早流産(妊娠 ヶ月)		
	[14] 出生児数	単胎・								
		上記のとおり相								
	令和 年 月									
	〒									
	所在地									
	医療機関の名称									
	医師・助産師名									
	TEL									
	ひかり健康保険組合理事長 殿									

医療機関の証明欄

事業主の証明欄

平成・令和 31年 1月 19日 104日間
 平成・令和 1年 5月 2日

[15]必ず分岐日の42日前～分岐日の56日後の期間で証明

※分岐日が予定日より遅れた場合は、予定日の42日前～分岐日の56日後の期間で証明 ※全期間が98日以下になることはありません。

業 主 が 証 明 す る	対 象 月 就 労 状 況	対 象 月 中 の 対 象 月 の 報 酬 支 払 日 数										対 象 月 の 標 準 報 酬 月 額	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
[16] 上記期間の就労状況 出勤:無印 欠勤:黒○ 有給:赤○ 会社休日:／	1月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	2	220
	2月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	0	220
	3月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	0	220
	4月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	0	220
	5月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		

対象期間内で報酬が発生した日数を月ごとに証明

対象月ごとの標準報酬月額を証明

対象期間中の就労状況について証明

[18] 上記期間に報酬(賃金の全部または一部)を支給したか・否	支給した・支給しない	[19] 左記が「支給しない」の場合その理由
----------------------------------	------------	------------------------

[19] 対象期間中に報酬が発生しない場合はその理由を記載

[17] 上記の期間中の分として支払う報酬関係	支 給 期 間	期 間 中 の 期 間 中 の 1 日 あ た り の 報 酬 金 額	
		期 間 中 の 報 酬 金 額	期 間 中 の 1 日 あ た り の 報 酬 金 額
[20] 上記が「支給した」の場合その期間及び金額	自 平成・令和 31年 1月 19日	2	20,000
	至 平成・令和 31年 1月 20日		10,000
	自 平成・令和 年 月 日		
	至 平成・令和 年 月 日		

[20] 対象期間中に報酬が発生した場合は、その期間と金額を証明

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 1年 6月 10日

〒 □□□-□□□□

住所 東京都豊島区〇〇町△△-××

事業主 名称 株式会社 ●×通信

氏名 代表取締役 健康 太郎

TEL 03 - □□□□ - ××××



ひかり健康保険組合理事長 殿

【添付書類】

- 請求期間の属する給与期間中の出勤簿の写し
- 対象月に1日でも出勤がある場合は、対象月の出勤簿(タイムシート)の写し

【添付書類について】
 ※記入例の場合
 ・1～5月分の賃金台帳
 ・1月分の出勤簿
 の添付が必要となります。

【注意事項】

・請求期間: 出産日(出産予定日より遅れたときは出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日翌日から56日間
 で証明してください。