

1 健康保険 出産手当金請求書

令和 5 年 7 月 20 日 提出

申請上の注意点

- 請求書は漏れなく正確に記入してください。
- 出産手当金は産前と産後で分けて請求することが可能ですが、「出産後」でなければ、請求できません。
- 在職中の方の出産手当金は給与払いとなりますのでチェックボックスにチェックをしてください。
- 退職され、任意継続にもご加入がない場合は口座情報を記入してください。
- 被保険者がお亡くなりになった場合は相続人の方の口座情報を記入してください。
- 記号・番号の記載があればマイナンバーの記載は不要です。
- 「医療機関の記入欄」は担当医師・助産師に依頼してください。
- 「医療機関の記入欄」の記入年月日も忘れずに記入してください。

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名	所 属	
	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7	健保 桜子	KAITEKI健康社	
	2 手当金請求区分 (該当にチェックを入れて下さい)		<input type="checkbox"/> 産前	<input type="checkbox"/> 産後	<input checked="" type="checkbox"/> 産前産後
	3 在職者 (口にレをしてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 私は給付金の受領を事業主に委任します。(給与払い)		
給 付 金 受 取 方 法	4 銀行振込	退職年月日 令和 年 月 日 退職			
	本請求に基づく給付金は以下に記載の口座への振り込みを希望します。 ※任意継続の方は登録口座へ入金しますのでご記入は不要です。				
	銀行名	支店名	種 別	口座番号	
	コード	コード	5 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座		
銀行		口座名義人(フリガナ) ※被保険者本人に限る			

7 ※注意：被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。被保険者のマイナンバー記載欄 6 番号の記載があれば不要です

医 療 機 関 の 記 入 欄	分娩予定日	令和 5 年 7 月 1 日	出生児の数	8 単胎・多胎(児)
	分娩日	令和 5 年 7 月 2 日	出生または死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	上記の通り相違ありません。			
	医療機関の所在地	東京都〇△市〇×1-1-×		
医療機関の名称	社会医療法人社団〇×会〇×病院			
医師・助産師の氏名	東京 太郎	電話	03 (00xx) 00xx	

【送付先】 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。 ←ここをクリック

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所……SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当
[郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所…各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者 三菱ケミカル健康保険組合
三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方 [郵 送] 〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

被保険者・医療機関の記入欄への記入が完了次第、請求書をご送付ください。

事 業 主 の 記 入 欄	9 勤務状況 【公休は○】で、【有給は□】で、【欠勤は=】で、【一部出勤日は×】でそれぞれ表示してください。	全欠	
	令和 5 年 7 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 ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	<input type="checkbox"/>
	令和 5 年 6-7 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	<input checked="" type="checkbox"/>
	令和 5 年 8 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	<input checked="" type="checkbox"/>
10 労務に服さなかった期間	自:令和 5 年 5 月 21 日 [99]	報酬不支給期間	自:令和 5 年 5 月 21 日 [99]
	至:令和 5 年 8 月 27 日 日間		至:令和 5 年 8 月 27 日 日間
	11 上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	12 給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他()
13 上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。			
賃金内訳	区分	令和 年 月分	令和 年 月分
	支給額	支給額	支給額
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
14 上記の通り相違ないことを証明します。 令和 5 年 9 月 2 日 備考			
事業所所在地	東京都〇×区〇△1-1-×		
事業所名称	KAITEKI健康株式会社		
事業主氏名	代表取締役 日本 太郎		

- 以降は事業主記入欄です。
- 産前42日間（多胎の場合は98日間）と産後56日間の勤務状況について記入してください。分娩予定日より遅れて分娩した場合は、分娩予定日以前42日以降の勤務状況を記入してください。
 - 労務に服さなかった期間は公休日、有給休暇取得日含めてください。一部出勤日は含めないでください。
 - 報酬不支給期間に手当等を支給している場合は「はい」にチェックをしてください。
 - 日給者か日給月給者かチェックをしてください。時給者の場合はその他に記入してください。
 - 欠勤しても控除されない手当や、精算をしない通勤交通費等があればこちらに記入してください。手当毎に30で除した金額を日額として併給調整を行います。
 - 証明日の記入を忘れないようにしてください。

健保記入欄	報酬月額	報酬日額	支給区分	日数	支給金額
	円	円	出産手当金	日	円
	不支給日数	日	備考		
	減額日数	日			

受付年月日

事業所	健保組合
-----	------