

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	令和	年	月	日		
	算出基礎	× 2/3 ×					
	支給期間	自 令和	年	月	日	日間	
		至	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 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	令和	年	月	日	[6] 分娩日	令和	年	月	日	
	[7] 分娩の為休んだ 期間(請求期間)	自 令和	年	月	日	日間	[8] 左記期間の 標準報酬月額	千円 ( 等級)			
		至	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	銀行 信組			本店	口座名義			
			2 当座	金庫 農協			支店	(フリガナ)			
		支店コード					出張所	(名義)			
											※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											
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	令和	年	月	日	[11] 分娩日	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										
ひかり健康保険組合理事長 殿										

202409改定

### 【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。

事業主が証明する	[15]分娩の為休んだ期間(請求期間)	自 至	令和 令和	年 年	月 月	日 日	日間								
	[16]上記期間の就業状況  出勤:無印 欠勤:黒○ 有給:赤○ 会社休日:／	対象月	就業状況										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		日間	千円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		日間	千円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		日間	千円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		日間	千円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		日間	千円
			11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	[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							
	[17]上記の期間中の分として支払う報酬額	支給期間										期間中の 総支給金額	期間中の1日あたりの 総支給金額		
	[20]上記が「支給した」の場合 その期間及び金額	自	令和	年	月	日	日間	円	円						
		至		年	月	日	日間	円	円						
		自	令和	年	月	日	日間	円	円						
		至		年	月	日	日間	円	円						
と こ ろ	上記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														
	TEL														
	 <b>ひかり健康保険組合理事長 殿</b>														

**【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	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	令和	年	月	健康保険組合の記入欄					
		至	年	月							
	支給額										
	不支給理由						受付日付印				
支払年月日	令和	年	月	日							

[1]健康保険被保険者証に記載されている記号・番号

## 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	令和	6	年	3	月	1	日	[6]分娩日	令和	6	年	3	月	7	日	
	[7]分娩の爲にんだ期間(請求期間)	自	令和	6	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	〇〇〇	銀行	×××	本店	口座名義									
		2 当座				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			
		上記のとおり請求します。															
		令和 6 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																

[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	令和	年	月	日	[11]分娩日	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・					医療機関の証明欄				
	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										

事業主の証明欄

令和 6年 1月 19日 104 日間  
 6年 5月 2日

[15]必ず分焼日の42日前～分焼日の56日後の期間で証明

※分焼日が予定日より遅れた場合は、予定日の42日前～分焼日の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 と こ ろ	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												
		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	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	2	220
	2月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0	220
	3月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0	220
	4月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	0	220
	5月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

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(賞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						
		間	中			の	期	間	中	の				
[20]上記が「支給した」の場合その期間及び金額	自	令和	6	年	1	月	19	日	2	日間	20,000	円	10,000	円
	至	令和	6	年	1	月	20	日						
	自	令和		年		月		日		日間		円		円
	至			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 6年 6月 10日  
 〒 □□□-□□□□

住所 東京都豊島区○○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

【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。

【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。