

< 注意 >

この請求は、産前産後休暇中に給与が支給されない又は一部支給された場合に請求できます。  
 休暇中に給与が全額支給された場合は対象外です。  
 提出書類は2ページあります。両面印刷推奨。片面印刷可。  
 2ページ目の下方に記載の< 申請書の送付先 > に、ご提出ください。

支給期間	令和 年 月 日から 日	資格取得日	平成 令和 年 月 日
標準報酬	月額	年 月 日	年 月 日
支給額内訳	出産手当金	円	
	出産手当付加金	円 × 日 = 円	計 円

健保使用欄です。記入しないでください。

ルネサス健康保険組合 御中

健康保険 出産手当金 産前産後休暇中  
 出産手当金付加金請求書

記入例

保険証を確認の上、正確にご記入ください。

\* 太枠線を記入してください

提出日と委任日は同日にしてください。  
 提出日は産後休暇終了後以降の日付で  
 ご記入ください。

提出日	令和 年 月 日		
被保険者証の記号・番号(右詰め)	枝番(-00)記入は不要です。		
記号	番号	被保険者の氏名	
事業所の名称	従業員番号		
現住所・日中の連絡先電話番号		医師又は助産師の意見欄と一致させてください。	
出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
産前産後休暇取得期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	産前産後休暇を取得した期間をご記載ください。
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を 令和 年 月 日 被保険者氏名 に委任します。	委任者名は、事業所健保担当課で記入するため、記入不要です。	
銀行	支店	1. 総合・普通	
(銀行コード: ) (支店コード: )		2. 当座	
口座番号	口座名義人(カナ)		

出産手当金・出産手当付加金は、産前産後休暇中の給与等の報酬がない(または標準報酬日額より少ない)場合が支給対象となります。

退職者(予定者含む)

給与ではなく、個人の口座に振込希望の場合は、委任状欄は記入せず、当欄にご記入ください。退職者(予定者含む)の方は、個人口座振込欄にご記入ください。

付日付印

--	--

医師又は助産師の意見欄	分娩対象者氏名	
	分娩予定	
	分娩	
	分	
	正常分娩又は異常分娩の	
	生産又は死産の	
	上記のと	
医師又は助産師氏名	氏名	氏名

医師又は助産師による意見欄です。

療養を担当した医師又は助産師に記入を依頼してください。

事業主証明欄	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			
		上記の期間中の分として支払う報酬関係					
		(自) 年 月 日	(至) 年 月 日	日間	支給額	支払日	日額
	上記の期間中の分として、報酬を全額又は一部支給した(する)場合	事業所記入欄です。					
	現在までも又将来も不支給の場合その旨	記入せず、 下記送付先へご提出ください。					
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日				事業主担当者印	
	所在地						
	事業主氏名	氏名					

< 申請書の送付先 >

社会保険労務士法人なんの木事務所 [〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町2-29]

社内便の場合: 本/日立MP(OC2)(人事)なんの木