

両面印刷で  
出力してください

### 健康保険 出産手当金請求書

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

本人 記入欄	被保険者証 記号	9	番号	99999	社員番号	9999999
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 自署 健保 花子			生年月日	昭和 59年 6月 30日 平成
受取 者記入欄	住所	〒 999-9999 〇〇市〇〇区〇〇町12-34			電話番号 (日中の連絡先)	090 ( 9999 ) 9999
	出産年月日	令和 3年 9月 15日	出産予定 年月日	令和 3年 9月 17日		
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 3年 8月 5日 から 令和 3年 11月 10日 まで	98日間	その期間の 報酬について	事業主の証明欄のとおり	
	給付金の受領 について	右記に <input checked="" type="checkbox"/> および <input checked="" type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主に委任します。 (ウннаナクール、ランジェノエル所属、資格喪失者は不要です)			令和 3年 10月 20日	
ウннаナクール、ランジェノエルに所属されている方、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。						
	金融機関	銀行コード	銀行	店番	支店	
	預金種別	普通 当座	(右詰めで記入)	(カタカナ)		

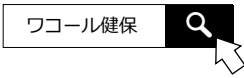
事業所がウннаナクール、ランジェノエルの方、請求後退職する方、退職者(任意継続含む)は、必ず口座を記入してください

医師・ 助産師 意見欄	出産者氏名					
	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定 年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数					週)
	上記のとおり					日
	医療機関の					
	医療機関の					
	医師の氏名	Ⓜ	電話番号	( )		

医師または助産師に証明を依頼してください

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

- 出産手当金請求の詳細は、ワコール健康保険組合ホームページ > [こんなときの手続きは？ > 出産で仕事を休むとき](#) からご確認ください。
- 請求書受付締日と支給日  
毎月末締切（健康保険組合必着）で、産後56日が経過した日が属する日の翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振込みます。  
事業所がウннаナクール、ランジェノエルの方、退職者等は指定口座に振込みます。



受付日付印

備考	
----	--

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																															
	勤務状況	労務に服さなかった期間の勤怠を下記の欄にご記入ください。 【出勤→出】【欠勤→欠】【有給休暇→有】【定休→定】【休日→×】 【パーソナル休暇→P】【会社都合の欠勤→会】【特別休業→特】																								給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給月給 ( )						
	日付	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	
	月																																
	月																																
	月																																
	月																																
	月																																
支給した賃金内訳	上記の期間	<b>事業主が記入します</b>  <b>※表面の本人および医師証明欄記入後、所属の事業所人事総務（本社は人事部給与担当）へ提出してください</b>																															
	区分																																
	基本																																
	通勤手当																																
	手当																															円	
	欠勤控除額(※2)																															△ 円	
総支給額	円																																
(※1) 支給した通勤費の内訳をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場、駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場、駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場、駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )																														
(※2) 欠勤控除額の計算方法をご記入ください。																																	
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	事業所ビル名																															
事業主の所在地		確認者	担当者																														
および名称																																	
事業主の氏名																																	

健康保険組合記入欄	取得	昭・平・令 年 月 日	喪失	令 年 月 日	出産日	令 年 月 日	予定日	令 年 月 日
	月額	× = ①	支給対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)				
	月額		<b>健康保険組合 使用欄</b>					
	月額							
	(①+②+③)							
	平均	÷30= 日額 (10円未満四捨五入)						
日額	÷3×2= (1円未満四捨五入)							