記入見本

※ 未来分は請求できません。事実を基に⑫請求期間が過ぎてから提出して下さい。
※ 消せるボールペンでは記入しないでください。
※ 訂正する場合は修正テープ(液)を使用せず、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入しサイン又は訂正印を押してください。

健康保険 出産手当金請求書

書類の提出方法	(在職中の請求分)❶本人記入後医師の証明を受ける⇒❷ 各社人事又は店舗の事務担当⇒❸健康保険組合 (退職後・資格喪失後の請求分) ❶ 本人記入後医師の証明を受ける ⇒ ❷ 健康保険組合
注意事項	消せるボールペン、修正テープ(液)は使用できません。 訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し記入者のサイン又は印を押してください。

現在お住まいの住所を記入してください。

提出日を記入

先生の証明する予定日と同じ日を記入してください。

被保険者等を見て転記してください。

同意していただける方は両方に☑

出産のため、産前産後の休んでいる期間を記入

⑫の請求期間で有給等報酬(交通費含む)を受けている場合記入。金額については会社に確認してください。

本人請求期間⑫で在職中の期間を全て証明してください

3/21～3/31の期間で報酬等を払っていない期間を日ごとに記入。

証明した方のサイン又は印

本人記入欄

令和 6 年 6 月 28 日

①被保険者等の	②所属名(店部名)	③社員番号	④生年月日	⑤被保険者(請求者)の氏名・フリガナ
記号 1 番号 234567	○○店	☑社員 □パートタイム 1 2 3 4 5 6 7	昭・平・令 6 年 7 月 7 日	本申請書の提出を事業主に委任することを承諾します フリガナ ケンポ ハナコ 氏名 健保 花子

⑥被保険者(請求者)の住所	〒102－○○○○ 東京都千代田区○番町○－○ ※ 日中連絡の取れる電話番号を記入 TEL (6238) ○○○○

⑦資格取得年月日	昭・平・令 27 年 7 月 7 日	⑧資格喪失年月日	令和 年 月 日
⑨分娩年月日	令和 6 年 5 月 3 日	⑩分娩予定年月日	令和 6 年 5 月 1 日

⑪分娩の為仕事に就けなかった期間(請求期間)	令和 6 年 3 月 21 日 ～ 令和 6 年 6 月 28 日 100 日間

⑫上記請求期間⑫に報酬(有給・交通費)を受けましたか。また今後も受けられますか	☑はい □いいえ	⑬左記⑫で「はい」と答えた場合報酬期間と金額を記入	令和 6 年 3 月 21 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで 上記報酬期間内に報酬を受けていない日(除く日)がある場合はその日を記入 (3/25) 合計 70,000 円

⑭ 照会・振込み口座に関する同意欄	☑ 私は、本申…グス健康保…手当金の支給可否に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディン…とに同意します。 ☑ 他の給…ます。 給与口座・照会に同意の場合は記入不要 …希望し ※会社から給与口座情報を提供いただ…くので振込までの手続きが簡単です。

振込口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座 注1)口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。 注2)給与口座情報を希望した場合は☑不要です。					
	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
	(金融機関コード)	(店番号)	□普通 □当座			

事業主が証明する欄

①労務に服さなかった期間	令和 6 年 3 月 21 日 ～ 令和 6 年 6 月 28 日 100 日間

②上記①の請求期間に対して報酬を支給しましたかまたは今後受けられますか(有給・交通費等が該当)	☑はい □いいえ

③上記②で「はい」と答えた場合は報酬期間と金額を記入	支給期間	左記支給期間に支給しない日(除く日)がある場合は、その日を記入	日額	支給額
	6 年 3 月 21 日 ～ 6 年 3 月 31 日	3月25日	7,000 円	70,000 円
	年 月 日 ～ 年 月 日		円	円
	年 月 日 ～ 年 月 日		円	円

⑤上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6 年 7 月 25 日

事業主 住所 東京都千代田区二番町8－8
氏名 セブン＆アイ・ホールディングス
電話 03 (6238) ○○○○

事業担当者

医師の証明する欄

①分娩年月日	令和 6 年 5 月 3 日		②分娩予定年月日	令和 6 年 5 月 1 日
③分娩後の場合	Ⓐ正常・異常分娩の別	☑正常 □異常	Ⓑ生産・死産の別	☑ 生産 □ 死産(妊娠 ヶ月)
	Ⓒ単胎・多胎の別	☑単胎 □多胎(胎)	Ⓓ入院期間	令和 6 年 5 月 2 日から 令和 6 年 5 月 7 日まで

④上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日

医療機関名称 ○○○産婦人科
医療機関所在地 東京都千代田区○丁目○－○
医師(助産師)氏名 ○○ ○○
電話 03 (○○○○) ○○○○

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類 (①②) 両方必要です。
① (個人番号確認用) ・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し
② (身元確認用) ・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し