

常務理事	事務長	調査	G L	担当

出産手当金請求書(その1)

三菱マテリアル健康保険組合

〔被保険者の
注意事項〕

1. 提出時には(その1)(その2)を合せて提出願います。また請求書の紛失を避ける為(その2)にある保険証の記号・番号・氏名等は必ず記載願います。
 2. ②、⑤の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑥の⑦、⑨欄は該当するほうに✓し、⑩欄多胎の場合は、かつこ内に数を記入してください。
 3. なお⑧の⑦は、請求書を提出する現在までのことを「受けた」、「受けられない」、⑩欄多胎の場合は、かつわけて、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 この請求書(申請書)に記載の個人情報、この給付金の支払業務に利用して利用します。
 この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号		② 被保険者 氏名と生年月日		Ⓜ	
		番号		S・H	年 月 日		
	③ 被保険者の 現住所	(郵便番号)	—				(電話番号)
	④ 事業所の名称						
	⑤ 被保険者資格 を取得した年月日	S・H	年 月 日				
	⑥ ⑦ この請求は分娩前のものでしょうか、分娩後 のものですか	<input type="checkbox"/> 分娩前 <input type="checkbox"/> 分娩後					
	⑧ ① 分娩前のときは、分娩予定日 分娩後のときは、分娩予定日及び分娩の日	(分娩予定日 平成 年 月 日) 分娩日 平成 年 月 日					
	⑨ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)					
	⑩ 分娩のため 休んだ期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間			
	⑪ ⑦ 上の⑦に書いた期間分の報酬(賃金)を 受けましたか、または受けられますか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けられない					
⑫ ① 報酬支払を受けたとき又は受けられる ときは、その報酬の額とその報酬 支払の基礎となった(なる)期間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	の分として 円				
⑬ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。							
平成 年 月 日		住所					
		事業所名					
被保険者名	Ⓜ	代理受領者			Ⓜ		

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

出産手当金請求書（その2）

① 被保険者証の	記号		② 被保険者の 氏名と生年月日				
	番号			S・H	年	月	日

事業主が証明するところ	⑩ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで						
	支払 う 報酬 関係	㊦ 全額支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払					
		㊧ 一部支給した場合 又は支給する場合	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払					
	㊨ 給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日	日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input type="checkbox"/> 翌月	日
	㊩ 現物給与	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 の()日分として 支給額 円(日額 円)平成 年 月 日 支払						
	㊪ 現在までも又 将来も支給しない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 事業主 氏名 印 (電話番号)							

①の「全額支給」または「一部支給」とは一日当たりの賃金の全部または一部の
 意味であること。
 ①の㊦と㊧にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載してください。
 ①の㊨、㊩の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは、事業主の証
 明は不要です。

医師・助産師記入欄	⑬ 出産者氏名						
	⑭ 出産予定 年 月 日	平成 年 月 日	⑮ 出産年月日	平成 年 月 日			
	⑯ 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	⑰ 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)			
	⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 印 (電話番号)						

⑩欄の出産予定年月日は必ず記入してください。
 ⑩、⑰の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 ⑯欄の「多胎」の場合は、かつこ内に数を記入してください。⑰欄の「死産」の
 場合は、在胎週数何週目の死産であるかをかつこ内に記入してください。

- （共通する注意）
9. 訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印(①から⑧までの訂正箇所には②の印、⑩から⑱までの訂正箇所には⑩の印、⑲から⑳までの訂正箇所には⑳の印)を訂正印として押してください。
 10. 印は、ハッキリと押し、印もれのないように注意してください。
 11. ⑦、⑧の㊦、⑩の期間の計算は、間違いなく計算してください。たとえば、10月29日から11月4日までは、7日間となります。