出産手当金請求書

被保険者が記入する欄（被保険者がご自身でご記入ください）							
	健康保険記号・番号	記号		番号		**請求日**	年　月　日
	フリガナ					**被保険者連絡先** **(日中連絡可能な電話番号)**	（　　）
	被保険者氏名（自署）						
	現住所 出産手当金の支給決定通知書の送付先となります。（簡易書留郵便） また、ご提出いただいた書類に不備があった場合等に、ご記入いただいた住所宛に書面を送付することがあります。	〒（　　－　　） 住所：					
		※上記現住所以外への書類送付を希望される場合は、下欄に☑を付けたうえで、住所をご記入ください。					
		□　年　月　日ごろまでは下記住所へ送付希望					
		〒（　　－　　） 住所：					
	出産予定日 医師または助産師が記載する欄の「出産予定日」と同日	年　月　日				**出産日** 医師または助産師が記載する欄の「出産日」と同日	年　月　日 （□多胎：該当の場合は☑ ）
	出産のため就労しなかった期間 日数も必ずご記入ください。 対象期間は、出産の日を含めた42日間（多胎出産の場合は98日間）と、出産の日の翌日から起算した56日間です。 出産の日が出産予定日より遅れた場合は、遅れた日数分を加えます。	年　月　日 から　年　月　日 までの　日間					
	上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 いずれかに☑をしてください。 「はい」に☑をした場合のみ、報酬対象期間と報酬額（総支給額）をご記入ください。	□ はい → 【報酬対象期間】　年　月　日 から　年　月　日まで 【報酬額(総支給額)】　円					
		□ いいえ					
振込希望金融機関	**銀行名**	銀行 信用金庫				**支店名**	支店
	口座番号 **（右詰でご記入ください）**	普通預金				口座名義	被保険者名義

【注意事項】

・支払日は原則毎月5・15・25日（土日祝日の場合は、前営業日）となります。(各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健保組合に到着したものを支給)
　なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。
・時効は、労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年です。(健康保険法第193条)

◆産前休暇分・産後休暇分を分けて請求する場合について◆

・産後休暇分の請求の際は、「出産手当金請求書」（被保険者が記入する欄）（健-17①）」のみを、ご提出ください。
※「出産手当金請求書（事業主が証明する欄・医師または助産師が記載する欄）（健-17②）」の提出は不要です。

健康保険法　施行規則　第八十七条　（出産手当金の支給の申請）【抜粋・一部要約】
　法第百二条第一項の規定により出産手当金の支給を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。
一　被保険者等記号・番号又は個人番号
二　出産前の場合においては出産の予定年月日、出産後の場合においては出産の年月日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定年月日及び出産の年月日）
三　多胎妊娠の場合にあっては、その旨
四　労務に服さなかった期間
五　出産手当金が法第百八条第二項ただし書の規定によるものであるときは、その報酬の額及び期間
六　出産手当金が法第百九条の規定によるものであるときは、受けることができるはずであった報酬の額及び期間、受けることができなかった報酬の額及び期間、法第百八条第二項ただし書の規定により受けた出産手当金の額並びに報酬を受けることができなかった理由
七　次のイ及びロに掲げる者の区分に応じ、当該イ及びロに定める事項
イ　払渡しを受けようとする預貯金口座として、公金受取口座を利用しようとする者　払渡しを受けようとする預貯金口座として、公金受取口座を利用する旨
ロ　イに掲げる者以外の者　払渡しを受けようとする金融機関等の名称
２　前項の申請書には、次に掲げる書類を添付しなければならない。
一　出産の予定年月日に関する医師又は助産師の意見書　　二　多胎妊娠の場合にあっては、その旨の医師の証明書　　三　前項第四号の期間に関する事業主の証明書
３　第八十四条第七項の規定は、出産手当金の支給の申請について準用する。この場合において、同項第一号中「法第九十九条第二項」とあるのは「法第百二条第二項において準用する法第九十九条第二項」と、「次条」とあるのは「第八十七条の二において準用する次条」と、「、第六項及び第七項」とあるのは「及び第六項」と、同項第二号中「次条」とあるのは「第八十七条の二において準用する次条」と読み替えるものとする。
４　第二項第一号の意見書には、これを証する医師又は助産師において診断年月日及び氏名を記載しなければならない。
５　同一の出産について引き続き出産手当金の支給を申請する場合においては、その申請書に第二項第一号の意見書及び同項第二号の証明書を添付することを要しない。６（略）
※健康保険の記号-番号の代わりにマイナンバー（個人番号）で申請する場合は、番号欄にマイナンバー（個人番号）を記載してください。

受付日付印

提出先	GIB→大槻事務所 PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください

出産手当金請求書

事業主が証明する欄（本社等で証明するため、被保険者は空欄のままご提出ください）

健康保険記号・番号	記号		番号		**被保険者氏名**	
労務に服さなかった期間	年　月　日 から 年　月　日 までの　日間					

上記期間中の分として、報酬を全額または一部支給した場合又は支給する場合 （書ききれない場合等は、賃金台帳写しでの証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を右欄と同様形式で作成の上、証明ください。）	報酬月 [支給月]	支給対象期間 [支給内訳]	報酬額内訳 [　]	[　]	[　]	報酬計
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
	月	年　月～　年　月	円	円	円	円
現在まで又は将来も支給しない場合はその旨						

上記のとおり相違ないことを証明します。

年　月　日

事業所名称：

事業主氏名：

ジブラルタ健康保険組合　理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

医師または助産師が記載する欄（被保険者が、医師または助産師に記載を依頼してください）

対象者氏名		**生年月日**	S・H　年　月　日生
出産予定日	年　月　日	**出産日**	年　月　日
出産後のときは、正常出産・異常出産の別 （いずれかに〇を付けてください）	正常　・　異常		
出産後のときは、生産・死産の別 （いずれかに〇を付け、死産の場合のみ妊娠月数をご記入ください）	生産　・　死産　（妊娠　ヶ月）		
単胎・多胎の別 （いずれかに〇を付けてください）	単胎　・　多胎		

上記のとおり相違ありません。

年　月　日

所　在　地　：〒（　－　）

住所：

電　話　番　号　：

医療施設等の名称　：

医師・助産師氏名　：

ジブラルタ健康保険組合　理事長 殿

受付日付印

提出先	GIB→大槻事務所 PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください