

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回 目)

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号—番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	被保険者の氏名	事業所名(会社名)				
	被保険者の住所	〒 連絡先(自宅又は携帯) - -				
	分娩のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
	申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 受けない				
	上記期間中に報酬を受けたときは、その期間および額	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	円		
	病院、産院または診療所に入院された場合は、その名称および所在地	病院等の名称 所在地				
給付金の受取方法を下の欄の、①振込口座欄(被保険者本人の口座への振込を希望される場合)、または②委任状欄(事業主(会社)経由での給付金の受取を希望する場合)の、どちらかを選択して記入して下さい						
被保険者が記入するところ	① 振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
	(ゆうちょ銀行の場合)	ゆうちょ銀行	通帳記号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	通帳番号	口座名義(カタカナ)
② 委任状(受領を代理人(事業主)に委任する場合のみ記入)	本請求に基づく支給金に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者(請求者)	氏名				
代理人	住所	氏名				

健保受付日付印

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出して下さい。

事業主が証明するところ	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	
	うへの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年 月 日から	金 円 日額	
		一部支給の場合	年 月 日から	金 円 日額	
	現在までもまた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			
	住所				
	事業主の氏名				
	電話番号				
※申請期間全ての勤務実績表の写し、賃金台帳の写しを必ず添付してください。					

医師または助産師の証明	分娩年月日	年 月 日	単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎
	分娩予定年月日	年 月 日		(児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヵ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	住所	年 月 日		
	(職名)	氏名		
		電話番号		

健康保険組合記入欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長・係長	主任	担当者	
	支払額	円						
	支給内訳	出産手当金	円	資格取得	年 月 日			
		出産手当付加金	円	資格喪失	年 月 日			
支給期間	令和 年 月 日 ~	日間	標準報酬月額					
	令和 年 月 日		千円	年 月から	千円			

※この請求書はA3サイズです。A3サイズ以外では受付を行っておりません。