

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

⑦欄は、退職後及び任継者の請求の方も必ず期間を記入して下さい。

請求者が記入するところ	①被保険者の記号・番号		② 事業所名		③被保険者の業務の種類	
	(記号)		(番号)			
	被保険者の(請求者の)氏名・印・住所・郵便番号		④氏名 フリガナ () 〒		⑤住所 TEL () -	
	⑥分べん予定日 および分べん日		年 月 日 分べん 年 月 日 分べん予定		⑧ ⑦の期間中に給料を受けましたか	
	⑦ 請求期間 (分べんのため 休んだ期間)		年 月 日から 年 月 日まで 日間 ただし()日は出勤のため除く		ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない 年 月 日から 年 月 日まで 円	
	⑨ 給付金の受領方法		希望するところに○をつけて下さい		A 銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任	
	Aに○をつけた方は記入して下さい * 被保険者又は請求者の口座に限りします。		フリガナ () 銀行 信用金庫		() 支店 フリガナ () 名義人氏名	
	Cに○をつけた方は記入して下さい * 請求者印は④欄に押した印に限りします。		この給付金の受領を 住所 氏名		被保険者(請求者)氏名 (印) に委任します。 (印)	
	備考		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、本人確認するための添付書類が必要です。)			
	事業主が証明するところ	(イ) 労務に服さなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 ただし()日は出勤のため除く		(ロ) (イ)の期間に対する報酬を支給しているかどうか ア. 全部支給した イ. 一部支給した ウ. 全部支給する エ. 一部支給する オ. 支給しない
(ハ) (イ)の期間に報酬の全部又は一部を支給した(支給する)場合及び金額		本給 家族手当 役付手当 通勤手当		円 月 日～ 月 日分 円 月 日～ 月 日分 円 月 日～ 月 日分 円 月 日～ 月 日分 円 月 日～ 月 日分		
(ニ) 事業所の名称・所在地・事業主氏名印		〒 - (印)				
(D) 上記の通り相違ないことを証明する。		年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 (印)				
医師または助産婦が証明するところ	(A) 分娩予定日 および分娩日		年 月 日 分べん 年 月 日 分べん予定		(B) 出生児の数 単胎 多胎 () 児	
	(C) 生産・死産の別		生産・死産 (妊娠第 週 又は 第 ヵ月)			
※領収書	¥ _____ 左の金額を領収しました。		受付年月日			
	年 月 日					
	氏名 (印)					

◎記入するときは、「裏面の記載要領」をご覧ください。