

出産手当金請求書（第 回）

被保険者記入欄	被保険者の記号番号	—		事業所名			
	出産予定日	()	年	月	日	出産日 () 年 月 日	
	出産のために休んだ期間	()	年	月	日	～ () 年 月 日 日間	
事業主の証明欄	本人の給与の種類	* 月給 ・ 日給月給 ・ 販売月給 ・ 時給 ・ その他				事業主の住所(所在地)・氏名(名称)と印 左記のとおり相違ないことを証明します。	
	労務に服さなかった期間	()	年	月	日		～ () 年 月 日 日間
	上記期間中に給料手当等を支給した(する)ことの				* 有 ・ 無		
	支給金額		円	支給期間	月 日 日 日間		
	支給した(する)理由						* 出勤 ・ 有給 ・ 月給 ・ 手当()
医師又は助産師の記入欄	出産予定日	()	年	月	日	出産日 () 年 月 日	
	出産のために休んだ期間中に 出産又は他の疾病により 保険入院しているとき。	病院名					
		入院期間	月 日	月 日	区 分	* 健保本人 ・ 健保家族 ・ 国保	
		上記のとおり相違ありません。() 年 月 日					
	医師又は助産師の住所・氏名	電話()					

請求者	() 年 月 日
	住所 〒 — フリガナ 氏 名
	電話()

給付金受取先	下記指定の口座に振り込み願います。			
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フリガナ	フリガナ		
	銀行	本店 普通	口座番号	
	金庫・農協	支店 当座		

※被保険者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。
 また、番号が他の人に見えないように封筒にいれて提出してください。)

備考

健保受付印

(注意事項)

- *欄は該当の文字を○で囲んで下さい。
- 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容の記載と証明者、又は訂正者の押印をお願いします。
- 原則給与口座に振り込みますので、給付金受取先の記入は不要です。