

被保険者の記号・番号を記入してください

出産手当金請求書（第 1 回）

記入例

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号番号	1 - 333444		事業所名	河合楽器製作所	
	出産予定日	(令和) 1 年 5 月 26 日		出産日	(令和) 1 年 5 月 28 日	
	出産のために 休んだ期間	(平成) 31 年 4 月 15 日 ~ (令和) 1 年 7 月 23 日 100 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	
	労務に服さな かった期間	() 年 月 日 ~ () 年 月 日			左記のとおり相違ないことを証明します。	
	上記期間中に給料手当等を支給した(する)期間					
	支給金額	円 月 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				
	医師又は助産師 の住所・氏名	上記のとおり相違ありません			* 健保本人・健保家族・国保 () 年 月 日 印	
				電話()		

請 求 者	(令和) 1 年 8 月 10 日					
	住 所 〒 430 - 1235 浜松市中央区寺島町 600					
	フリガナ ケンポ リョウコ 氏 名 健保 良子 電話(053) 457 - 1000					
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

(注意事項)

- 1 *欄は該当の文字を○で囲んで下さい。
- 2 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。
- 3 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。

健保受付印