

## 健康保険 出産手当金支給請求書

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	—	事業所 (勤務先会 社)	
	氏 名			生年月日 (和暦) <span style="float: right;">年 月 日</span>
	住 所	= - 電話番号(日中の連絡先) ( )		

申 請 内 容	分娩予定日	令和 年 月 日		
	分娩日	令和 年 月 日		
	分娩の為 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間		
	上記療養の為 休んだ期間に 報酬を受けま したか、又は 今後受けられ ますか	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1. 受けた</span> <span>2. 受ける</span> <span>3. 受けていない</span> <span>4. 受けられない</span> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">報酬を受けたとき又は受けられる場合、期間と報酬額</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>↓</span> <span>↙</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで 日分</span> <span>報酬額 円</span> </div>		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関	銀行 信用金庫		支店 出張所
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義	カタカナで記入		<input type="checkbox"/> 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人

受 取 代 理 人 欄	被保険者 (申請者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します 平成・令和 年 月 日		
	代理人 (口座名義人)	住所		
	氏名	印	委任者と代理人との関係	

<健康保険組合処理欄>

<受付印>

常務理事	事務長	担当	

## 健康保険 出産手当金請求書

事業主の証明	氏名										
	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
		《うち有給休暇 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで》									
	上記期間分として支払う報酬	①全額支給した場合	令和	年	月	日から	金	／	支払		
			令和	年	月	日まで					
②一部支給の場合		令和	年	月	日から	金	／	支払			
		令和	年	月	日まで						
	③支給がない場合はその旨とその理由										
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日											
住所											
事業主											
氏名											

医師又は助産師の意見	分娩予定日	令和	年	月	日					
	分娩日	令和	年	月	日					
	出生児	単胎	・	多胎	(	児)				
	産別	生産	・	死産	(	妊娠 週)				
	入院した期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日									
医療機関 所在地										
名称										
医師又は助産師(自署)										