健康保険 □産前分 □産後分 出産手当金 請求書

健保受付印

※印刷は、Ａ４片面でお願いします。

＜被保険者、医師・助産師記入用＞ **１枚目**

＜被保険者記入欄＞

①提出日	令和　年　月　日		
②被保険者等	記号(3桁)	番号(6桁)	
③マイナンバー	個人番号(12桁)	④事業所名(会社名)	
⑤被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	⑥生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
⑦現住所	(〒　－　)　電話(　)　－		
⑧出産予定年月日	令和　年　月　日	⑨出産年月日(産後分請求時)	令和　年　月　日
⑩出産のため休んだ期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間		
⑪被保険者が被在籍の場合	委任欄	この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。	
		被保険者氏名	
⑫被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合	振込先	銀行・農協 信金・信組　支店 出張所　預金種別 □普通 □当座	
		口座番号	口座名義(ﾌﾘｶﾞﾅ)

健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。

□勤務先携帯 □個人携帯
□勤務先電話 □自宅電話

1. 被保険者、医師・助産師の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. 被保険者、医師・助産師記入欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. 被保険者、医師・助産師記入欄の記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

＜医師・助産師記入欄＞

（注） 産前分を請求してから産後分を請求する場合は、この欄の記入は不要です。

Ⓐ出産者氏名			
Ⓑ出産予定年月日	令和　年　月　日	Ⓒ出産年月日	令和　年　月　日
Ⓓ出生児の数	□単胎 □多胎(　児)	Ⓔ生産・死産の別	□生産 □死産(妊娠　週)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関所在地

医療機関名

医師・助産師氏名

電話番号

出産手当金請求書　**＜事業主記入用＞**　**２枚目**

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

㋐ 被保険者等	記号	番号	被保険者氏名

㋑ 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

㋒ ㋑の期間で有給を取得した日（半日取得含む）　※具体的な日付を記入してください	取得実日数
	日

㋓ ㋑の期間で出勤した日　※具体的な日付を記入してください	出勤実日数
	日

㋔ ㋑の期間で㋒および㋓を除いた期間に係る報酬状況
※㋑の期間で欠勤した日に対して報酬があれば記入ください

報酬内容（1か月分）	月分	月分	月分
賃金支給額	円	円	円
通勤手当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
計	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

事業所　所在地

事業所　名　称

事業主　氏　名

事業主による確認欄（必ずチェックをしてください）

確認欄	□	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

本件問合せ連絡先	担当者名	
	ＴＥＬ	

（必ず記入してください）

他に連絡事項があれば記入してください ※この欄の訂正は、担当印による	