

健康保険 出産手当金 請求書

(第 1 回) <記入例>

請求者情報	被保険者等の記号・番号		フリガナ	
	記号	番号		ケンボ ハナコ
	〇〇〇	54321	被保険者(請求者)の氏名	健保 花子
	被保険者(請求者)の住所	〒 000-0000		電話番号(日中の連絡先)
申請内容	出産予定日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日出産予定		
	出産日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日出産		
	出産児の数	単胎 ・ 多胎(児)		
	出産のため休んだ期間(申請期間)	〇〇 年 4 月 1 日から 〇〇 年 7 月 7 日まで 98 日間		
確認事項	上記期間部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか	受けた 受けられる	受けない 受けられない	
	報酬の支払を受けた(受けられる)とき、その期間とその額	年 月 日から 年 月 日まで	の分として 円	
公金受取口座		<small>注</small> 振込先が給与(賞与)の振込口座と同じである場合は、記入不要です。 <small>注</small> 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。 <input type="checkbox"/> 注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。		
ご希望の方はレ点を記入してください				

医師・助産師が意見を書くところ	出産者氏名	
	出産予定日	年 月 日 出産予定
	出産日	年 月 日 出産
	出産児の数	単胎 ・ 多胎(児)
	生産または死産の別	生産 ・ 死産(第 週 日)
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日
	医療機関の所在地	
医療機関の名称		
医師・助産師の氏名	TEL	
お願い	医療機関の所在地、名称等はゴム印を押してください。	

事業主が証明するところ	被保険者氏名	健保 花子
	労務に服さなかった期間	〇〇 年 4 月 1 日から 〇〇 年 7 月 7 日まで 98 日間
	上記の期間中、報酬を全額又は一部支給しますか	支給する ・ 現在までまた将来も支給しない
	添付書類	上記期間中の出勤簿の写と 欠勤控除式を記入した給与明細書の写
	上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日
住所		
事業主		
氏名	TEL	

受付日付印