健康保険出産手当金請求書

□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者情報	被保険者記号・番号	記号	番号 （枝番）	事業所の名称	会社名
	被保険者の氏名と印	印		被保険者の生年月日	1．昭和 2．平成　年　月　日 生まれ 3．令和
	被保険者の住所・電話	〒			日中連絡が取れる電話番号 TEL　（　）

申請内容	出産予定年月日	令和　年　月　日	出産年月日	令和　年　月　日
	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		
	出産のため休んだ期間に給与などの報酬を受けましたか?又は今後受けられますか?	1．はい　2．いいえ		

事業主証明欄	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		
	上記期間分として支払う報酬関係について ※現在まで、又は未来について記入してください。	全額支給 済　・　予定	月　日　から　月　日　までの分として	日額　円 月　日支払
		一部支給 済　・　予定	月　日　から　月　日　までの分として	日額　円 月　日支払
		支給しない		

上記の通り相違ないことを証明いたします。　令和　年　月　日

郵便番号 〒

住所

事業主　印

氏名

TEL　（　）

医師の証明欄	出産予定日	令和　年　月　日	出生児数	単胎・多胎（　人）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　週）　日
	出産日	令和　年　月　日				

上記の通り相違ないことを証明いたします。　令和　年　月　日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

↑在地・名称はゴム印を使用してください。

振込先指定口座

【口座名義の区分】　□被保険者名義　　□代理人名義（委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。）

銀行名	支店名	支店コード	預金種別
銀行	支店		1．普通 2．当座

口座番号	口座名義　カタカナ　（姓と名の間は１マス開けてください。濁点（゛）、半濁点（゜）は１文字としてご記入ください。）

□　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。（利用する場合のみ☑を入れてください）

注意事項　※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。
※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者　氏名　印　※住所は「被保険者情報」と同じ

代理人（口座名義人）	住所　〒 氏名　印	被保険者との関係

受付日付

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

リクルート健康保険組合