

# 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	被保険者証の 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 3. 令和 年 月 日 生まれ
	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	平成 令和	年 月 日	出産 年月日	平成 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	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
	※現在まで、又は 未来について記入してください。	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 氏名 印 TEL ( )					

医師の証明欄	出産予定日	H・R	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	H・R	年 月 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。 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名							※所在地・名称はゴム印を使用してください。

【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。) ※とちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振込先指定口座	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。)		

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 〒	被保険者との関係

代理人 (口座名義人) 氏名	印
-------------------	---

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。