

本請求書は事業主経由で提出される書類です。  
□に✓してください。

分娩日は、産前の最終日とします。  
なお、期間を訂正する場合は、必ず請求者の訂正印を押してください。

### 健康保険出産手当金請求書

◎必ず2枚目の注意事項をお読みください

◎本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は◎)

①被保険者証の 証号・番号	10	1234	②事業所の名称 〔会社名〕	(株)リクルート
③被保険者の資格を 取得した日	平成 28 年 4 月 1日		所属部署	総務人事部 電話 03 (1111) 22
④ア)分べん予定日	平成 29年 3月 25日	⑤分べんのため	平成 29年 2月 12日から	
イ)分べんの日	平成 29年 3月 21日	休んだ期間	平成 29年 5月 16日まで 94日間	
⑥ア)うえの④に書いた期間分の報酬(給与等)を受け ましたか、又は受けられますか	受けた ○ 受けない ○ 受けられる ○ 受けられない ○			
イ)報酬(給与等)の支払を受けたとき又は受けられたときは その報酬額とその報酬額支払の基礎となったなる期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	の分として	
上記のとおり請求いたします。平成 29年 5月 20日				
住所 〒221-0056 神奈川県横浜市神奈川区金港町6-20				
被保険者の氏名 綾瀬 菜々子 日中連絡が取れる電話番号 045 (111) 22				
リクルート健康保険組合 捺印				

過去のことを「受けた」「受けない」に、将来のことを「受けられる」「受けられない」に分けて、二つの事項を○で囲んでください。

⑦業務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
⑧	ア)全額支給した場合 又は支給する場合 平成 年 月 日から 平成 年 月 日までとして 円 [ 月 日支払 ]
⑨の期間中の分として支払う報酬関係	イ)一部支給した場合 又は支給する場合 平成 年 月 日から 平成 年 月 日までとして 円 [ 月 日支払 ]
ウ)現在までも又将来も支給しない場合はその旨	
上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日	
住所 事業主の氏名 印 電話番号 xx (xxxx) xxxx	

⑩ア)分べん予定日	平成 29年 3月 25日	⑪単胎又は多胎の別	○ 単胎 ○ 多胎
イ)分べんの日	平成 29年 3月 21日	⑫生産又は死産の別	○ 生産 ○ 死産(妊娠 ヶ月)
上記のとおり相違ありません。平成 29年 5月 20日			
住所 〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい3-6-3			
医療機関の名称 みなとみらいクリニック 電話番号 045(555)6666			
医師・助産師名 山田 雅治 山田 ※医療機関の所在地・名称はゴム印を使用して下さい。			

必ず医師の証明を受け  
てください。

銀行名	支店名	支店コード
三井住友 銀行	みなと 店	1 1 1
預金種目	口座番号	口座名義(カナ)
1.普通 2.当座	2 2 2 2 2 2	アヤセ ナナコ

※振込用は、ゆうちょ銀行  
金融機関をご記入ください

◎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。	平成 年 月 日
被保険者の住所 〒	印
代理人の住所 〒	印
氏名	〔委任者と代理人の関係〕
氏名	

給付金の受領を委任する場合は、  
本人・代理人それぞれが記入・捺  
印してください。  
同一筆跡・同一印影は不可といた  
します。

※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。

●被保険者証の記号・番号に代えて個人番号を記入する場合の例

個人番号欄は別途設けていませんので、被保険者証の記号・番号欄に個人番号を記入してください。

被保険者  
被扶養者 限度額適用認定証交付申請書

被保険者証の記号・番号	123456789012	事業所名称 (所属する会社名)
-------------	--------------	-----------------

記号・番号欄に 12 桁の記号番号を記入してください (記号と番号の間の線は無視していただいて結構です)

※被保険者証の記号・番号に代えて個人番号で届け出をする場合、個人番号確認、身元確認の為、別途書類を提出いただく必要があります。必要提出書類の詳細はホームページ備考欄をご覧ください。