

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

①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被保険者証の記号・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 ) 7222
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⑤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	<input checked="" type="radio"/> 受けない・受けられる・ <input checked="" type="radio"/> 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	
被保険者の住所 〒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				
リクルート健康保険組合殿				

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労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
⑧⑦の期間中の分として支払う報酬関係	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 日までの分として 円 [ 日額 円 ]
	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 日までの分として 円 [ 日額 円 ]
	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。		
事業主の住所 氏名 電話番号		

⑨ア)分べん予定日	平成 29 年 3 月 25 日	⑩単胎又は多胎の別	<input checked="" type="radio"/> 単胎・多胎
イ)分べんの日	平成 29 年 3 月 21 日	⑪生産又は死産の別	<input checked="" type="radio"/> 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			
医師・助産師名 山田 雅治			

必ず医師の証明を受けてください。

振込先	銀行名 三井住友 銀行	支店名 みなと 店	支店コード 1: 1: 1
受取人	預金種目 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	口座番号 2 2 2 2 2 2 2	口座名義(カナ) アヤセ ナナコ

※振込先は、ゆうちょ銀行の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 〒 氏名	
	代理人の住所 〒 (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。