

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 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 氏名 印 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 所在地・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】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 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。)		
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。