

健 保 使 用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長		担 当
	伺 年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日				
	決裁年月日	年 月 日	平均日額	円				
	支 給 額	円	全部・一部 不支給	不支給額: 理 由:	支給開始日	年 月 日		
	支 給 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	備 考		支払年月日	年 月 日		

出産手当金 請求書

(第 回 目)

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証の 記号と番号		② 事業所 の名称		
	③ 被保険者 氏 名		④ 生年月日	年 月 日	
	⑤ 分娩予定日	年 月 日	⑥ 分娩日	年 月 日	
	⑦ 分娩のために 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	⑧ 振込希望の 金 融 機 関 名 (被保険者の口座)	金融機関名	銀行 支店 金庫・農協		
		口座番号	(普通) 第 号		
		口座名義 (カタカナ氏名)			
	⑨ 上記のとおり請求します。 被保険者の 住所 : 〒 () 氏名 : 電話番号 ()				

事 業 主 証 明 欄	⑩ 労務に服さな かった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	⑪ 上記の期間に対し賃金を支給しました(します)か <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年 月 日から 年 月 日までの分として 円	
	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明します。 所 在 地 : 年 月 日 事 業 所 名 称 : 事 業 主 氏 名 : 電話番号 ()	

医 師 ・ 助 産 師 の 意 見 欄	⑬ 分娩予定日	年 月 日	⑭ 分娩日	年 月 日
	⑮ 分娩の状態	正常 ・ 異常	⑯ 生産又は 死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヲ月)
		単児 ・ 多児(児)		
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の住所 : 年 月 日 医療施設の名称 : 医師・助産師の氏名 : 電話番号 ()				

委 任 状	⑱ 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。			
	被保険者 (請求者)の	住所 :	氏名 :	
	代理人の	住所 :	氏名 :	
	振込 口座 :	銀行 金庫・農協	支店 普通 当座 第 号	

健保 使用 欄	受付年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日	常務理事	事務長		担 当
	伺 年月日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日				
	決裁年月日	年 月 日	平均日額					
	支 給 額		円	全部・一部	不支給額:			
	支 給 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	不支給	理 由:	支給開始日	年 月 日	
			備 考		支払年月日	年 月 日		

出産手当金 請求書

(第 回目)

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証の 記号と番号	1000・00000			② 事業所 の名称	渡辺パイプ(株)								
	③ 被保険者 氏 名	健保 花子			④ 生年月日	H2	年	10	月	10	日			
	⑤ 分娩予定日	R3	年	5	月	1	日	⑥ 分娩日	R3	年	5	月	5	日
	⑦ 分娩のために 休んだ期間	R3 年 3 月 21 日 から R3 年 6 月 30 日 まで 102 日間												
	⑧ 振込希望の 金 融 機 関 名 (被保険者の口座)	金融機関名	みずほ			銀行 金庫・農協	築地			支店				
		口座番号	(普通)			第	0000000			号				
		口座名義 (カタカナ氏名)	ケンポ ハナコ											
	⑨ 上記のとおり請求します。	R 3 年 7 月 5 日												
	被保険者の 住所 :	〒 (123 - 9876) 東京都中央区築地0丁目999												
氏名 :	健保花子			電話番号	090	(1234)	0000					

事 業 主 証 明 欄	⑩ 労務に服さな かった期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	⑪ 上記の期間に対し賃金を支払ったか	事業主が証明する欄 (被保険者欄を記入し、医師・助産師の証明を受けたら)			円
	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 年				日
	⑫ 上記のとおり相違ないことを証明する	所在地 :			
	事業所名称 :				
	事業主氏名 :			電話番号 ()	

医 師 ・ 助 産 師 の 意 見 欄	⑬ 分娩予定日	年 月 日	⑭ 分娩日	年 月 日	
	⑮ 分娩の状態	医師・助産師が証明する欄			辰 ヵ月)
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する				日
	医療施設の住所 :				
	医療施設の名称 :				
	医師・助産師の氏名 :			電話番号 ()	

委 任 状	⑱ 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。										
	被保険者 (請求者)の	住所 :									
		氏名 :									
代理人の	氏名 :										
	住所 :										
	振込 口座 :	銀行 金庫・農協	支店	普通 当座	第	号					