

出産手当金請求書 被保険者記入用

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

被保険者情報および請求内容 ※被保険者氏名欄は入力できません。自署してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	住所	〒 ー			電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記入 ()	
	今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、 出産後の申請ですか。				<input type="checkbox"/> 出産前の申請	<input type="checkbox"/> 出産後の申請	
	上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご 記入ください。「出産後の申請」の場合は、出産日 と出産予定日を記入してください。				出産予定日 令和 年 月 日	出 産 日 令和 年 月 日	
	出産のために休んだ期間(申請期間)				令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間
	上記の「療養のために休んだ期間」に 報酬をうけましたか。 ※報酬には通勤手当や食事補助など各種手当を含む				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合、 その期間と報酬額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円
	出生児の数				<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎()	児)
	在職者 記入欄 (振込先は給与)	本請求の給付金の受領を 殿に委任します。 被保険者住所 被保険者氏名 「被保険者情報」の住所と同じ					
	退職者 記入欄 (振込先口座記入欄)	金融機関名称	支店名	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義人	

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産者氏名					
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎()	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。			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			TEL ()		

受付印