

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 ※自筆にて氏名を記入してください。

被保険者記入欄
被保険者証の記号・番号 1 12345 被保険者氏名 健保 花子 生年月日 平成 5年5月1日
住所 〒123-4567 OO県××市△△町1234番地56 電話番号 090(1111)2222
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。
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。
出産のために休んだ期間(申請期間)
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
出生児の数
在職者記入欄 (振込先は給与)
退職者記入欄 (振込先口座記入欄)

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 □単胎 □多胎(児) 生産または死産の別 □生産 □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
※医師または助産師に証明をいただってください。
出産前の申請の場合は、「出産予定年月日」の証明で申請ができます。
その場合は、出産後の申請の際に「出産年月日」の証明が必要となりますので、再度の証明が必要となります。
複数回にわけて申請をする場合、一度「出産予定日」、「出産年月日」の証明を受けていただければ、2回目以降の申請書への証明は不要です。

受付印