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

※自筆にて氏名を記入してください。

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

被保険者等記号・番号	記号 1	番号 12345	被保険者氏名	健保　花子	生年月日 ☐昭和 ☑平成 6 年 5 月 1 日
住所	〒 123 ― 4567 〇〇県××市△△町1234番地56				電話番号 ※日中に連絡が取れる番号を記入 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。	☐ 出産前の申請　☑ 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 6 年 10 月 20 日 出　産　日　令和 6 年 11 月 1 日				
出産のために休んだ期間(申請期間)	令和 6 年 9 月 9 日 から 令和 6 年 12 月 27 日 まで　110 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	☑ はい ☐ いいえ	「はい」の場合、その期間と報酬額	令和 6 年 10 月 20 日 から 令和 6 年 10 月 31 日 まで ●●●●　円		
出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎(　　児)				
復帰後申請の方(給与と合わせて振込)	本請求の給付金の受領を　　殿に委任します。 被保険者住所　「被保険者情報」の住所と同じ	被保険者氏名　健保　花子			
休職中・退職者の方※	金融機関名称	支店名	預金種別 ☐普通 ☐当座	口座番号	口座名義人

※自筆にて氏名を記入してください。

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　　令和　年　月　日

医療施設の
医療施設の
医師・助産　　)

※休職中・　　定下さい。　受付印

※医師または助産師に証明をいただいてください。

出産前の申請の場合は、“出産予定日”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。

複数回に分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。

K0610(R07.02)