

出産手当金請求書（第 回）

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日				被保険者の氏名	
	記号	番号	昭和 平成	令和				
	被保険者の住所		〒					
	事業所の名称		☎					
	資格取得日		昭和 平成	令和	年	月	日	標準報酬月額 千円
	分娩の日		令和					左記の分娩日は 実分娩日ですか 予定分娩日ですか
	分娩のため 休んだ期間		令和		年		月	日 から 令和
	(A) うえに書いた期間分の報酬(賃金) を受けましたか、又は受けられますか		受けた・受けない・受けられる・受けられない					
	(B) 報酬支払を受けたとき又は受けられ るときは、その報酬の額とその報酬 額支払の基礎となった(なる)期間		令和		年		月	日から 令和
			令和		年		月	日まで の分として 円
振 込 先 口 座	金融機関名			支店			種別	
							普通 当座	
	口座番号			口座名義(フリガナ)				
※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>								
委 任 状	私は、_____を代理人と定め、次の権限を委任する。							
	令和____年____月____日に請求した出産手当金の受領に関すること。							
	被保険者(請求者)の住所 _____							
	被保険者(請求者)の氏名 _____							
こ ろ	代理人(事業主)の住所 _____							
	代理人(事業主)の氏名 _____							
上記のとおり請求します。								
令和 年 月 日								
住所 被保険者 氏名								
健康保険組合理事長 殿								

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業主宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

※賃金台帳・出勤簿(タイムカード)を添付してください。

事業主が記入するところ	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 日間
	上記の期間中の分として 支払う報酬関係 全額支給あり ・ 一部支給あり ・ 報酬の支給なし
	給与の締めと支払日 日締め 日払い
	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 (〒) 事業主 氏 名 電 話

医師又は助産婦が意見を書くところ	分娩年月日 令和 年 月 日	分娩予定年月日 令和 年 月 日
	分娩後のときは 正常分娩又は 異常分娩の別 正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別 生産 ・ 死産 (妊 娠 月)
	入院して分娩 したときはその期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	入院費用の別 健保 ・ 自費 ----- 公費 ・ その他
	出生児の数 単児 ・ 多児 (児)	
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 (〒) 職名 () 氏 名 電 話	