

健康保険 産前分 産後分 出産手当金 請求書



<被保険者、医師・助産師記入用> **1 枚目**

※ 印刷は、A4片面でお願いします。

3. 2. 1. 被保険者、医師・助産師記入欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。「記入の手引き」を確認してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

<被保険者記入欄>

① 提出日		令和 年 月 日		連絡先 健康保険組合より問合せする場合の連絡先を記入してください。 TEL <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
② 被保険者証		記号	番号	③ 事業所名 (会社名)	
④ 被保険者氏名		(フリガナ)		⑤ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑥ 現住所		(〒 -) 電話() -			
⑦ 出産予定日		令和 年 月 日	⑨ 出産年月日(産後分請求時)	令和 年 月 日	
⑩ 出産のため 休んだ期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
⑪ 被保険者が 在籍の場合		委任欄 この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 被保険者氏名			
⑫ 被保険者が 任意継続した 職場の場合		振込先		銀行・農協 信金・信組	支店 出張所 預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号		口座名義	(フリガナ)

<医師・助産師記入欄>

(注) 産前分を請求してから産後分を請求する場合は、この欄の記入は不要です。

⑧ 出産者氏名					
⑧ 出産予定年月日		令和 年 月 日	⑨ 出産年月日	令和 年 月 日	
⑩ 出生児の数		<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	⑪ 生産・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します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師・助産師氏名 電話番号					

3. 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。
 2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）
 1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。

⑦ 被保険者証	記号	番号	被保険者氏名			
⑧ 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					
⑨	①の期間で有給を取得した日（半日取得含む） ※具体的な日付を記入してください					取得実日数
						日
⑩	①の期間で出勤した日 ※具体的な日付を記入してください					出勤実日数
						日
⑪	①の期間に係る報酬状況					
	報酬内容	1か月分	出勤日数分	月分	月分	月分
	賃金支給額			円	円	円
	通勤手当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円	円
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	円	円	円
	計			円	円	円
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日						
事業所所在地						
事業所名称						
事業主氏名						

事業主による確認欄（必ずチェックをしてください）

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

本件問合せ連絡先	担当者名	(必ず記入してください)
	TEL	

他に連絡事項があれば記入してください	
--------------------	--