

出産手当金請求書

健康保険

(第 回日)

◎ 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
 ◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますのでよくお読みください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号	フリガナ	
		番号 第 号	② 被保険者の 氏 名	
			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	③ 被保険者の 現 住 所	〒 TEL ()		
	④ 事 業 所 の 名 称	TEL ()		
	⑤ 被保険者の 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日 令和	⑥ 被保険者の 標準報酬月額	千円
	⑦ この請求は、出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかか るものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか			出産前・出産後・出産前後
	⑧ 出 産 の 日	令和 年 月 日	⑨ 出 産 予 定 日	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 病院または 産 院 名		病院または 産院の所在地	

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。 令和 年 月 日		※ 在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者におたずねください。)
		被保険者 氏名 (請求者)		
		住所		
		代理人の (口座名義人) 氏名		
	給付金受領口座	金融機関名	銀行 支店	受 付 日 付 印
		口座番号	普通・当座 No.	
		フリガナ		
		口座名義人		

管工業健康保険組合

被保険者期間中の請求が含まれる場合は、その期間の賃金台帳および出勤簿の写しをご提出ください。

事業主および医師の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

事業主が証明するところ	㉗ 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
	㉘ 上の期間中として賃金を	支給した・支給しない・将来支給する・将来も支給しない				
	㉙ 上の㉘で支給した、または将来支給するとしたとき	全額支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	円	
		一部支給 (通勤定期 諸手当等)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分として	円	
	㉚ 賃金の締日	日 締	㉛ 賃金の支払い日は	当月・翌月	日 払	
	㉜ 備考					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
㉝ 事業所の所在地	所在地					
㉞ 事業所の名称	名称					
㉟ 事業主の氏名	氏名					
	TEL ()					

医師または助産師が意見を書くところ	出産者氏名				
	㊱ 出産予定日および出産日	令和 年 月 日 予定	㊲ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 月) 週間	令和 年 月 日 出産
	㊳ 正常出産または異常出産の別	正常・異常	㊴ 出生児の数	単胎・多胎(児)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
	㊵ 住所(所在地)	住所(所在地)			
㊶ 職名()医療機関名	職名()医療機関名				
㊷ 氏名	氏名				
	TEL ()				