

出産手当金請求書

健康保険

(第 回数)

◎ 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。
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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号	54 × ×	フリガナ	カンコウ ハナコ
	番号	第 255 号	② 被保険者の 氏 名	管工 花子
			生年月日	平成 5 年 11 月 9 日
	③ 被保険者の 現 住 所	〒 178-0061 TEL 03 (3321) × × × × 練馬区大泉学園〇-〇-〇		
④ 事業所の 名 称	TEL 03 (3296) × × × × いろはに株式会社			
⑤ 被保険者の 資格を取得 した年月日	平成 27 年 4 月 1 日	⑥ 被保険者の 標準報酬月額	300 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・ <input checked="" type="radio"/> 出産前後
⑧ 出 産 の 日	令和 3 年 7 月 1 日	⑨ 出 産 予 定 日	令和 3 年 7 月 1 日	
⑩ 出産のため 休んだ期間	令和 3 年 5 月 21 日から 令和 3 年 8 月 26 日まで	98 日間		
⑪ 病院または 産 院 名	すこやか医院	病院または 産院の所在地	練馬区大泉学園町〇-〇	

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 3 年 8 月 30 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)	管工 花子	
	代理人の (口座名義人) 氏名	住所	千代田区神田駿河台〇-〇	
			いろはに株式会社 代表 東京大輔	

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	× × × 神田 銀行 支店
	口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座 No. × × × × × × ×
	フリガナ	ケンボグチ イロハニ (カ) ダイヒョウ トウキョウダイスケ
	口座名義人	健保口 いろはに株式会社 代表 東京大輔

受付日付印

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	⑦ 労務に服さなかった期間	令和 3 年 5 月 21 日から 令和 3 年 8 月 26 日まで	98 日間	
	④ 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		
	⑦ 上の④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 3 年 4 月 21 日から 令和 3 年 7 月 20 日まで	の分として 25,000 円 (3ヵ月定期代)
	⑤ 賃金の締日	20 日 締	⑧ 賃金の支払い日は	当月 翌月 25 日 払
	⑦ 備考			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 3 年 8 月 20 日			
⑤ 事業所の所在地	千代田区神田駿河台〇ー〇			
⑤ 事業所の名称	いろはに株式会社			
⑦ 事業主の氏名	代表取締役 東京 大輔			
TEL 03 (3296) XXXX				

医師または助産師が意見を書くところ	出産者氏名	管工 花子		
	④ 出産予定日および出産日	令和 3 年 7 月 1 日 予定 令和 3 年 7 月 1 日 出産	⑥ 生産または死産の別	生産 死産(妊娠 ヵ月) 週間
	④ 正常出産または異常出産の別	正常 異常	⑥ 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 3 年 7 月 10 日			
	⑥ 住所(所在地)	練馬区大泉学園町〇ー〇		
⑥ 職名()医療機関名	すこやか医院			
⑥ 氏名	安産 由美子			
TEL 03 (3211) XXXX				