出産手当金請求書　　（第　１　回）

被保険者記入欄

被保険者等	記号	１	番号	１２３４５	被保険者氏名	健保　花子
事業所名 所属	株式会社ＩＨＩ （ 所属 ）　総務部　業務課			生年月日	(和暦) ×× ○○ 年 １０ 月 １０ 日
被保険者 居所住所	〒 １１１ － １１１１ 東京都豊洲３丁目１－１ ＩＨＩマンション１１１号室			TEL	０４５－４５４－５５５５
分娩予定日	(和暦) ×× ○○ 年 １０ 月 ２１ 日	分娩のため休んだ期間	(和暦) ×× ○○ 年 ９ 月 １０ 日から ×× ○○ 年 １２ 月 １６ 日まで　９８ 日間		
分娩年月日	(和暦) ×× ○○ 年 １０ 月 ２１ 日				
備考欄		被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。（個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。） **※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**			

医師又は助産師の意見記入欄

分娩予定日	(和暦) ×× ○○ 年 １０ 月 ２１ 日	正常分娩または異常分娩の別	☑ 正常分娩　☐ 異常分娩
分娩年月日	(和暦) ×× ○○ 年 １０ 月 ２１ 日		
生産または死産の別	☑ 生産　☐ 死産　（満　週　日）	出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎　（　児）

うえのとおり相違ありません。

（和暦）×× ○○ 年 １２ 月 １７ 日

住所（所在地） 神奈川県横浜市保土ヶ谷区川辺町５１

医療機関名 神奈川県立○○○記念病院

医師・助産師名 ○○　○○　　TEL ０４５－１２３－３２１０

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	(和暦) ×× ○○ 年 ９ 月 １０ 日から ×× ○○ 年 １２ 月 １６ 日まで　９８ 日間	出産手当金支給対象期間中に報酬を全額支給した期間	(和暦)　年　月　日から 年　月　日まで　０ 日間
給与体系	☐ 月給制　☑ 日給月給制 ☐ 日給制　☐ 時給制	出産手当金支給対象期間中に報酬を一部支給した期間等	(和暦)　年　月　日から 年　月　日まで　０ 日間 支給額　円（日額　円）

うえのとおり証明します。

（和暦）×× ○○ 年 １２ 月 １９ 日

事業所所在地 東京都江東区豊洲三丁目１番１号

事業所名称 株式会社ＩＨＩ

事業主氏名 ○○　○○○　　TEL ０３－１１１１－１１１１

委任欄

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します　**在職者のみ記入**

（和暦）×× ○○ 年 １２ 月 ２０ 日

被保険者氏名 健保　花子

受付日付印

※退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）

※退職者記入欄

銀行コード	１	２	３	４	支店コード	５	６	７	口座番号	８	９	０	１	２	３	４
みずほ	☑ 銀行　☐ 農協 ☐ 信金　☐ 信組					保土ヶ谷				☐ 本店 ☑ 支店			種別	☑ 普通 ☐ 当座		

フリガナ　ケンポ　ハナコ

名義人　健保　花子

退職者のみ記入