

出産手当金請求書

(第 1 回)

※日付はすべて和暦で記入

被保険者記入欄	被保険者証 記号	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健保 花子		(回転印不可)	
	事業所名 ・所属	株式会社 I H I (所属) 総務部 業務課			生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 10 月 10 日			
	被保険者の住所	〒 240 - 0101 神奈川県横浜市保土ヶ谷区瀬戸ヶ谷町一丁目10番3号 グリーンタワー1508号室			TEL	045-454-5555			
	分娩予定日	×× 〇〇 年 10 月 21 日		分娩のため 休んだ期間	×× 〇〇 年 9 月 10 日から		98 日間		
	分娩年月日	×× 〇〇 年 10 月 21 日			×× 〇〇 年 12 月 16 日まで				
	備考欄	被保険者証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	×× 〇〇 年 10 月 21 日		正常分娩または 異常分娩の別 (該当項目に「レ」を 入れてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 異常		
	分娩年月日	×× 〇〇 年 10 月 21 日							
	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (満 週 日)		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)				
	うえのとおり相違ありません。 ×× 〇〇 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5-1 医療機関名 神奈川県立〇〇〇記念病院 医師・助産師名 〇〇 〇〇 TEL 045-123-3210								
事業主証明欄	労務に 服さな かった 期間	×× 〇〇 年 9 月 10 日から		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	年 月 日から		0 日間	
	×× 〇〇 年 12 月 16 日まで		年 月 日まで						
	月・日・ 時給制 の別	<input type="checkbox"/> 月給制 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給制		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	年 月 日から		0 日間		
<input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時給制		年 月 日まで			支給額 円 (日額 円)				
うえのとおり証明します。 ×× 〇〇 年 12 月 19 日 住所 (所在地) 東京都江東区豊洲三丁目1番1号 事業所名 株式会社 I H I 氏名 〇〇 〇〇〇 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。 ×× 〇〇 年 12 月 20 日 被保険者氏名 健保 花子				在職者のみ記入		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				<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協		保土ヶ谷		<input type="checkbox"/> 本店		種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通				
					<input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組				<input checked="" type="checkbox"/> 支店				<input type="checkbox"/> 当座				
フリガナ										ケンポ ハナコ							
名義人										健保 花子							