

※出勤簿・賃金台帳の添付が必須です。

健康保険

出産手当金請求書

被保険者捺印

事業主捺印

医師等捺印

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号-番号	被保険者(請求者)の氏名・印		生年月日	
	—	フリガナ	Ⓧ	1. 昭和	年 月 日
				2. 平成	年 月 日
	住所	被保険者の資格を取得した日			
	〒 —			1. 昭和	年 月 日
				2. 平成	年 月 日
	事業所	名称	所在地		
		〒 —			
この請求は出産前のものでしょうか 出産後のものでしょうか		出産前 ・ 出産後	出産予定日	平成 年 月 日 出産予定	
			出産日	平成 年 月 日 出産	
出産のため休んだ期間(請求期間)		平成 年 月 日 から		日間	
		平成 年 月 日 まで			
上記の期間、報酬を受けましたか、又は受けられますか		はい ・ いいえ	平成 年 月 日 から	の分として	
			平成 年 月 日 まで	円	

事業主が証明する欄	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 から	日間	給与の種類	1.月給 2.日給 3.日給月給 4.時間給	締日	日
		平成 年 月 日 まで				支払日	日
	上記の期間、報酬を支給した場合、又は支給する場合	報酬の名称	支給対象期間		支給額		
			月 日 ~ 月 日		円		
			月 日 ~ 月 日		円		
		月 日 ~ 月 日		円			
現在までも又は将来も上記の他に支給しますか		はい ・ いいえ					
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日					
		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名		Ⓧ			

医師・助産師が記入する欄	出産者氏名					
	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日		
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日			
		医療施設の所在地 名称 電話番号		医師・助産師名		
				Ⓧ		

支払金融機関の欄	1. 普通	銀行	本店	出勤簿・賃金台帳
	2. 当座	金庫 農協	支店	
口座番号		口座名義	フリガナ	照合者

受取代理人の欄	請求者	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
		住所		受付印
		氏名	Ⓧ	
	代理人	住所		
	氏名	Ⓧ		