

健康保険出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号		生年月日		勤務先事業所名称	
	記号	番号	昭和・平成	年 月 日		
	被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ)		被保険者の資格を取得した年月日	平成 年 月 日	令和 年 月 日
	被保険者(請求者)の住所	〒		電話番号 ()		
	今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。				出産前の申請 ・ 出産後の申請	
	「出産前の申請」の場合は、出産予定日のみを記入してください。			出産予定日	令和 年 月 日	
	「出産後の申請」の場合は、出産予定日と出産日の両方を記入してください。			出産日	令和 年 月 日	
	出産のため休んだ期間(申請期間)	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで	日間		
	出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または、受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられな	報酬の支払いを受けた(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和 年 月 日から	の分として 令和 年 月 日まで 円	
	※ 被保険者本人の銀行口座を記入してください。					
振 込 希 望 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	預金種別	普通・当座	銀行 信用金庫	本店		
	口座番号		信用組合 農協	支店		
	口座名義(カタカナ)					

受 取 代 理 人 の 欄	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。 令和 年 月 日			
	住所			
	被保険者(請求者) 氏名			
代理人の氏名	委任者と代理人との関係			
代理人の住所				

医 師 ま た は 助 産 師 の 記 入 欄	出産者氏名				
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出産児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
医療施設の所在地					
医療施設の名称					
医師・助産師の氏名					
電 話 ()					

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間	※左記の期間中について			職場復帰しましたか
		出勤した日	有給休暇の日	報酬を支給しましたか	
	令和 年 月 日から			ア、全部支給した(支給する)	ア、欠勤中(証明日現在)
	令和 年 月 日まで			イ、一部支給した(支給する)	イ、 月 日から出勤
	日間			エ、支給しない	ウ、 月 日付け退職
	報酬の支給形態		欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)		
	ア、月給制	◆ 基本給	ア、控除しない	イ、控除する(欠勤1日につき)	
	イ、日給制	◆ 諸手当	ア、控除しない	イ、控除する(欠勤1日につき)	
	ウ、時間給制	◆ その他	()		
	備考欄				
上記に相違ないことを証明します。 令和 年 月 日					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号 ()					

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、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。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)	<input type="text"/>
-------------------------------------------	----------------------

生長会健康保険組合