

出産手当金請求書

記入例

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄				事 業 主 証 明 欄			
被保険者等 記号一 番号		1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0		労務に服	分 娩 前	令和 ○ 年 1 月 1 2 日	
生 年 月 日		平成 ○ 年 3 月 3 日		さなかつ	分 娩 後	令和 ○ 年 4 月 1 9 日	
資 格 取 得 年 月 日		平成○○年 4 月 1 日		た期間	計（日数）	98 日間	
資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日		支 給 し た 報 酬		令和 ○ 年 1 月 1 2 日 ~	
労務に服さ なかった期 間中に報酬 の全部、又 は一部を受 けたとき、 又は受けら れるとき	報 酬 額	6 5 , 0 0 0 円				令和 ○ 年 4 月 5 日	
	期 間	自 令和 ○ 年 1 月 1 2 日 至 令和 ○ 年 4 月 5 日 8 4 日間			65,000 円		
医師、又は助産師 の 記入欄	分 娩 日	令和 ○ 年 2 月 2 2 日		上記内容に相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 5 月 2 0 日 事業所 名称 日通○○運輸株式会社 事業主 氏名 日通 一郎			
	分娩予定日	令和 ○ 年 3 月 7 日					
	出生児数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）					
	医療施設の所在地・名称		出産を担当した医師又は助産師に記入を 依頼してください				
医師・助産師氏名							
委 任 欄				N X グ ル ー プ 健 康 保 険 組 合 記 入 欄			
記載内容の通り請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を右記事業主に委任します。				整 理 番 号			
被保険者 住所（建物名、部屋番号まで記入） 東京都○○区○○1－2－3 日通マンション202号室 氏名（自署）※PC入力の場合、要押印 健保 花子				日 数		自 月 日 至 月 日	
				金 額		円	
日付は労務に服さなかった 期間【分娩後】(赤枠線内) を経過後で				被保険者・事業所向け注意事項			
				・ 産前分、産後分をまとめて請求すること ・ 「医師又は助産師の記入欄」は医療機関に記入を依頼すること			
				添付提出書類			
				・ 出勤簿（写し） ・ 母子手帳（写し：妊婦名、分娩予定日及び分娩日記載ページ）			