

健康保険出産手当金 請求書（第 回）

別紙「就労・賃金支払状況報告書」を添付のうえ、請求します。

（被保険者が記入するところ）

被保険者証の				フリガナ	
記号	番号	被保険者の氏名		印	
被保険者の住所		TEL - -			
資格取得年月日 (入社年月日等)	昭和 平成 令和	年	月	日	出産のため 休んだ期間 自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日	上記期間中に対する報酬 を受けたときはその金額 円
出 産 年 月 日	令和	年	月	日	出産予定年月日 令和 年 月 日
出産で入院 したときの	病院名	期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間	
		入院費用の区別		自費 ・ 健保 ・ その他	
給付金の振込先 (被保険者名義)	銀 行 農協組合 信用金庫 労働金庫 信用組合	支店		普 通 当 座 その他	口座番号

（医師・助産師が証明するところ）

出産年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (死産のとき妊娠 ヲ月)
出産予定年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
正常出産または 異常出産の別	正常 ・ 異常	入院して出産した ときはその期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日提出 所 在 地 名 称 氏 名 電話番号			
印			

支給期間 (支給日数)	出産(予定)日まで	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	(日間)
	出産予定日の翌日～出産日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	(日間)
	出産日の翌日から	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	(日間)
法定給付支給額	円	理事長	常務理事	事務長	担当者
健保受付年月日	入力年月日	支払年月日	備 考		