

健康保険 出産手当金・出産手当付加金 請求書

その1

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	事業所	・コーセー G ・アルビオン ・その他( )										
	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ)			所属	部・課 支店									
	被保険者 (請求者) の住所	〒 - TEL ( )													
	分べん日	令和	年	月	日	分 予	べ 定	ん 日	令和	年	月	日	日	日	
	分べんのため休んだ期間	自	年	月	日	日数	日	至	年	月	日	日	日		
	上記に書いた期間の部分 の報酬を受けましたか、 又は受けられますか	受けた ・ 受けない 受けられる ・ 受けられない			報酬の支払を受けたとき又は 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 令和 年 月 日まで の分として 円						
	分べんで入院したとき	病院名	病院の所在地												
	上記の休んだ期間のうち健康保険 又は公費で入院した期間	自	年	月	日	日数	日	至	年	月	日	日	日		
	上記の休んだ期間のうち自費で 入院した期間	自	年	月	日	日数	日	至	年	月	日	日	日		

退職者・任意継続被保険者の方は振込先を下記にご記入ください



銀行コード		支店コード	
銀行名	銀行 支店		
普通預金口座番号			
口座名義 (請求者同一)	フリガナ		
	氏名		

受付印

※訂正箇所には必ず訂正印を押印願います。(修正テープ、修正液使用不可)

# 健康保険 出産手当金・出産手当付加金 請求書

その2

		記号	番号	氏名				
事業主の証明欄	労務に服さなかった期間	自令和 至令和	年 年	月 月	日 日	日間		
	上記期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合	自令和 至令和	年 年	月 月	日 日	金 ( 月 日支払)	円 金 円
		一部支給した場合	自令和 至令和	年 年	月 月	日 日	金 ( 月 日支払)	円 金 円
		支給しない場合は、その旨						
上記のとおり相違ないことを証明します。						令和 年 月 日		
所在地 事業所名 事業主名								

委任状						令和 年 月 日
給付金の受領を上記事業主に委任します						
被保険者氏名(自署)						
退職者・任意継続被保険者の方は記入不要						

医師又は助産師の証明欄	分べん年月日	令和 年 月 日	分べん予定日	令和 年 月 日				
	分娩の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)				
			単胎または多胎の別	単胎・多胎 ( 児)				
	入院して分娩したときはその期間	自令和 至令和	年 年	月 月	日 日	日間	入院費用の別	( 健保・自費 ~ )( ~ ) 公費・その他
	上記のとおり相違ありません。						令和 年 月 日	
所在地 病院・産院名 医師・助産師名 電話 ( )								