

<記入例>

健康保険 出産手当金・出産手当付加金 請求書

その1

健康保険証の名前の上に記載されている記号・番号をご記入ください

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( )													
		3	0	1	2	3	4	5	所属	〇〇〇					部・課 支店			
	被保険者 (請求者)の氏名	(フリガナ) ケンボハナコ						生年月日				社員番号						
		健保花子						昭和 平成	2年1月1日				98A98					
	被保険者 (請求者) の住所	〒 103 - 0027 TEL XXX ( XXXX ) XXXX																
		東京都中央区日本橋〇-〇-〇																
	分べん日	令和	0	3	0	7	1	5	分 予	定	日	令和	0	3	0	7	1	0
	の 記 入 欄	分べんのため休んだ期間		自	0	3	0	5	3	0	日数							
				至	0	3	0	9	0	9	日数	98						
	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・ <u>受けない</u>		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									
欄	病院名	〇△□産婦人科						病院の所在地				東京都千代田区〇-〇-〇						
	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							日数								
	上記の休んだ期間のうち自費で 入院した期間		自	0	3	0	5	0	8	日数								
			至	0	3	0	5	1	2	5								

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 円	日額 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 円	日額 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 3 年 10 月 2 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) **健 保 花 子**

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 ( )										