

<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 3 0	番号 1 2 3 4 5	事業所 コーセーG・アルビオン・その他( )	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 健保花子		昭和 平成	生年月日 2年1月1日	社員番号 98A98		
	被保険者 (請求者) の住所	〒 103 - 0027 東京都中央区日本橋〇-〇-〇		TEL XXX ( XXXX ) XXXX				
	分べん日	令和 0 3 0 7 1 5	分 予	定 日	令和 0 3 0 7 1 0			
	分べんのため 休んだ期間	自	0 3 0 5	年	3 0	日数		
		至	0 3 0 9	年	0 9	9 8		
	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> 受けられる・ <u>受けられない</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		
	分べんで入院したとき	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	
		至						
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 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 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
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 ( )							