

出産手当金請求書

健康保険

(第 回目)

◎ 記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
この欄の訂正は被保険者の印

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の	記号	フリガナ	② 印
	番号	第	被保険者の氏名と押印	
	号	号	生年月日	年 月 日
	③ 被保険者の現住所	〒 TEL ()		
	④ 事業所の名称	TEL ()		
	⑤ 被保険者の資格を取得した年月日	年 月 日	⑥ 被保険者の標準報酬月額	千円
	⑦ この請求は、出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか			出産前・出産後・出産前後
	⑧ 出産の日	年 月 日	⑨ 出産予定日	年 月 日
	⑩ 出産のため休んだ期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	⑪ 病院または産院名	病院または産院の所在地		

支 払 い は 全 て 振 込 み に な り ま す	受領を委任するとき	この給付金の受領を、次のとおり代理人を定め委任します。		※在職の方は、貴事業所の健保口座名義人の方に委任してください。 (事業所担当者に) おたずねください。
		令和 年 月 日	被保険者 氏名 (請求者) ②と同じ印	
		住所	代理人の (口座名義人) 氏名	

給 付 金 受 領 口 座	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座 No.	
	フリガナ		
	口座名義人		

受付日付印

管工業健康保険組合

被保険者期間中の請求が含まれる場合は、その期間の賃金台帳及び出勤簿の写をご提出ください

この欄の訂正は事業主の印

事業主が証明するところ	㉗ 労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 まで	日間		
	㉘ うえの期間中として賃金を	支給した・支給しない・将来支給する・将来も支給しない			
	㉙ うえの㉘で支給した、または将来支給するとしたとき	全額支給	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分として	円
		一部支給 (通勤定期、諸手当等)	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分として	円
			平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで	の分として	円
	㉚ 賃金の締日	日 締	㉛ 賃金の支払い日は	当月・翌月	日 払
	㉜ 備考				
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 ㉝ 事業所の 名称 ㉞ 事業主の 氏 名 電話 () 番 印					

この欄の訂正は医師の印

医師または助産師が意見をかくところ	㉠ 出産予定日及び出産日	平成令和 年 月 日 予定 平成令和 年 月 日 出産	㉡ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠カ月) 週間
	㉢ 正常出産または異常出産の別	正 常 ・ 異 常	㉣ 出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 () 児
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) ㉤ 職名()医療機関名 ㉥ 氏 名 電話 () 番 印			

出産者氏名	
-------	--