

支給 決議	同年月日	. .	取得 年月日	. .	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者	
	支給額				喪失 年月日	. .				
					出産手当金 日額	円				
	支給内訳	日額	日数				支給期間	. . ~ . .		
			分娩予定 年月日	. .		分娩年月日		. .		

事業所コード	事業所名
0 1	本社

事業所	所属長	担当者

## 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番 号	フリガナ	ケンボ ハナコ	生年 月日	昭 平	〇〇・〇〇・〇〇
	16 01	123456	氏名	健保 花子		平	
	被保険者の 現住所	〒 100-0000 東京都〇〇区××1-2-3 (連絡先電話番号) 00 - 000 - 0000					
	適用事業所	山崎製パン 株式会社					
	分娩予定 年月日	令和	〇〇・〇〇・〇〇	分娩年月日	令和	〇〇・〇〇・〇〇	
	分娩のため 休んだ期間	令和	〇〇・〇〇・〇〇	~	〇〇・〇〇・〇〇	〇〇 日間	
	入院期間	令和	〇〇・〇〇・〇〇	~	〇〇・〇〇・〇〇	〇〇 日間	
	入院費用	自費	健保・その他( )		被扶養者の有・無	有・無	
	<p>上記のとおり請求します。</p> <p>本請求に基づく在籍期間中の出産手当金の受領は代理人(事業主)に委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります)</p> <p>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: center;">被 保 険 者 氏 名      健保 花子</p>						

喪失(退職)後は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。					支 払	決 議	受 付
銀行		支店					
普通預金	口座番号	No.					
名義人(カタカナ)							

事業主証明欄	証記号・番号	16 01	123456	氏名	健保 花子	
	取得年月日	平成・令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	喪失年月日	平成・令和 . .	標準報酬月額	240 千円
	労務に服さなかった期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇				〇〇 日間
	雇用区分	1. 社員 2. スキルドパートナー 3. 嘱託 5. 準社員 7. パート 8. 有期 9. アルバイト				
	備考	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇				
			所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1		
			事業所名称	山崎製パン株式会社		
			事業所長名	事業 太朗		

健保使用欄	期 間	金 額	日 数	日 額
令和	. . ~ . .			
令和	. . ~ . .			
令和	. . ~ . .			
令和	. . ~ . .			
令和	. . ~ . .			
令和	. . ~ . .			

医師又は助産師の意見欄	出産者氏名	健保 花子	
	分娩予定年月日	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	分娩年月日 令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇
	出世児の数	単胎・多胎 ( 児)	生産・死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)
	分娩のために入院した期間	令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇 ~ 〇〇 . 〇〇 . 〇〇	入院費の別 自費・健保・その他 ( )
		上記のとおり相違ありません。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇	
		所在地	東京都〇〇区××× 5-5
		医療機関名称	〇〇〇産婦人科医院
		担当医氏名	保険 元

※医療機関名等ゴム印を押印ください

【医師へのお願い】  
訂正の際は、訂正印の押印をお願いします。