

## 出産手当金・同付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者氏名	ふりがな	
		番号			(印)	
	被保険者の 現住所・電話番号		〒	—		
			TEL :	—	—	
	被保険者の 勤務する事業所		会社名			
			部署名			
	被保険者の資格を取得した日			年	月	日
	この請求は出産の前・後 どちらの請求ですか		出産前 ・ 出産後			
	出産前のときは出産予定日			年	月	日
	出産後のときは出産の日					出 産
出産のため休んだ期間			年	月	日	
			年	月	日	
上記の休んだ期間 報酬を受けましたか		受けた ・ 受けていない				
備 考						

※ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

・資格喪失後の場合

・給付金の受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望する)場合 に記入してください。

支給金受取方法	銀行	支店	普通預金 ・ 当座預金
	口座番号(	)	口座名義(フリガナ
			)

給付金の受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望する)場合に記入してください。

委 任 状	私は、 <span style="display: inline-block; width: 150px; border-bottom: 1px solid black;"></span> を代理人と定め、 <span style="display: inline-block; width: 50px; border-bottom: 1px solid black;"></span> 年 <span style="display: inline-block; width: 50px; border-bottom: 1px solid black;"></span> 月 <span style="display: inline-block; width: 50px; border-bottom: 1px solid black;"></span> 日に請求した出産手当金、 金 <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></span> 円也の受領方を委任します。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></span>年 <span style="display: inline-block; width: 50px; border-bottom: 1px solid black;"></span>月 <span style="display: inline-block; width: 50px; border-bottom: 1px solid black;"></span>日  <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></span>氏名 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>
-------------	---

事業主の証明	労務に服さなかった期間 (年休取得日除く)		年 月 日 から	日間
	上記期間中の報酬について	全額支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 までの分	円
		一部支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 までの分	円
		現在または将来も支給しない場合はその旨		
上記の通り相違ないことを証明いたします。 年 月 日				
事業主名 事業主所在地 代表者氏名 <span style="float: right;">(印)</span>				

医師又は助産婦の意見	出産年月日	年 月 日
	出産予定年月日	年 月 日
	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 週または ヶ月)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)
	入院して出産したときはその期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
上記の通り相違ないことを証明いたします。 年 月 日		
医療機関名 医療機関所在地 医師又は助産婦の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>		

[ 健保使用欄 ]

支給対象期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
<input type="checkbox"/> 予定日前の出産	<p style="text-align: right;"><math>42日 + 56日 = \underline{98日間}</math></p>
<input type="checkbox"/> 予定日後の出産	<p style="text-align: right;"><math>42日 + \alpha日 + 56日 = \underline{98日} + \alpha日間</math></p>