

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 (自署)	ふりがな	
		番号				
	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	出産予定
	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	日間	
		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、		を代理人と定め、	年	月	日に請求した出産手当金、
	金		円也の受領方を委任します。			年 月 日
			氏名(自署)			

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
			年 月 日 まで	
	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	円
		一部支給する場合	年 月 日 までの分	
		年 月 日 から	円	
		年 月 日 までの分		
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				
総務担当役職者氏名 および連絡先		電話	— — (内線)	

○事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

医師 又は 助産師の意見	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
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		
医師又は助産師の氏名		

○医師・助産師・医療機関が作成・記入した箇所を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

[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		42日 + 56日 = <u>98日間</u>
<input type="checkbox"/> 予定日後の出産		42日 + α日 + 56日 = <u>98日 + α日間</u>