

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	4010	被保険者氏名 (自署)	ふりがな	リソナ ハナコ
		番号	12345			りそな 花子
	被保険者の 現住所・電話番号	〒 123 - 4567 大阪市中央区備後町2-2-1 TEL: 06 - 1234 - 5678				
	被保険者の 勤務する事業所	会社名	りそな銀行			
		部署名	大阪営業部			
	被保険者の資格を取得した日	2010 年 4 月 1 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	2022 年 1 月 30 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	2021 年 12 月 20 日 2022 年 3 月 27 日				98 日間
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	円
現在または将来も支給しない場合はその旨		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #d4f1d4; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>記入不要 (事業主が記入します。)</b> </div>		円
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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #d4f1d4; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>医師の証明を受けてください。</b> </div>
	入院して出産したときはその期間	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	日間
	年 月 日 まで	
<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>