

健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

注意事項
①当健保所定用紙の出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください(事業主証明欄 ※参照)。
②記載事項に訂正がある場合には、被保険者・事業主・医師・助産師のサイン又は訂正印を押してください。
③事業主の証明欄は、「労務に服さなかった期間」のすべてが資格喪失後であれば必要としません。

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者 記号 - 番号	記号 番号	住 所	〒 - 電話番号 - -				
	事業所名称			氏名	昭・平・令 年 月 日生			
	出 産 の た め に 休 ん だ 期 間	年 月 日から 日		出産予定日	年 月 日			
		年 月 日まで 間		出 産 日	年 月 日			
事 業 主 証 明 欄	本人通常給与種類	月給・日給月給・日給・時給・歩給・その他		職 種		給与締日	日	
	労 務 に 服 さ な か っ た 期 間	年 月 日から 日		事業所所在地・事業所名称・事業主名・電話番号				
		年 月 日まで 間		電話番号 - -				
	上記対象期間に報酬支払いした(する)ことの		有 ・ 無					
	※当健保所定用紙の出勤簿(写)、賃金台帳(写)を必ず添付してください。 記入上の注意：出勤簿(写)、賃金台帳(写)は、請求期間の前月分からご記入ください。							
医 師 又 は 助 産 師 証 明 欄	出産予定日	年 月 日		出 産 日	年 月 日			
	年 月 日 病院等所在地 病 院 等 名 称 職 名 医師又は助産師氏名 電 話 番 号 - -							

受 領 委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領を	
	事業所名称	
	氏名	に委任します。
	年 月 日	
	被保険者名 (委任者)	

