

健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

注意事項
 ① 当健康保険所定用紙の出勤簿(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	健康保険被保険者証 記号 - 番号	記号	住所	〒	電話番号	-	-
		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		
	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
事 業 主 証 明 欄	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	上記対象期間に報酬支払いした(する)ことの 有 ・ 無 ※当健康所定用紙の出勤簿(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)	

