

出産手当金請求書

健康保険

(第 1 回目)

◇ ◇ ◇ ◇ ◇

※一、本請求が資格喪失後である場合はご記入ください。資格喪失年月日は退職した日の翌日です。
 ※二、里帰り出産などで現住所と所在する住所が異なる場合は、その旨ご記入ください。
 ※三、受付印欄には記入しないでください。
 出産手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたしますので、取引金融機関（銀行番号・店番号必須）をご記入ください。なお、郵便局はお取扱いできません。出産手当金のお受取りを事業所に委任する場合は、委任状欄に署名・捺印を行い事業所経由でご請求ください。なお、郵便局はお取在職期間の請求を行う場合は、本紙以外に、給与支給額証明書（事業主証明）を添付してください。

被保険者証の記号・番号	922 66	被保険者の氏名と押印	〇〇 〇〇 (被保険者本人が署名する場合印は省略できます)	㊟
被保険者の現住所	〒123-0000 電話〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町 1-1-1			
事業所の名称	伊藤忠〇〇〇(株)	標準報酬月額	260 千円	
資格取得年月日	昭和 平成	20年 4月 1日	※1.資格喪失年月日	平成 年 月 日
出産した年月日	平成	26年 10月 13日	出産予定日	平成 26年 10月 11日
被保険者が記入するところ	この請求は出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか 給付期間の説明：産前：出産予定日の 42 日前（多胎妊娠 98 日）から出産日までの間 産後：出産日の翌日から 56 日間 出 産 前 ・ 出 産 後 ・ <u>出産前後</u>			
出産をする為休んだ期間	平成 26 年 8 月 31 日 から		日間	
上記期間分の報酬を受けられますか	<u>受けられない</u>		一部受けられる	受けられる
※2.健康保険組合へのご質問やご要望がある場合にはご自由にお使いください。また電子メールで回答を希望される場合は、アドレスをご記入ください。(mailto: @)				
出産手当金を受取る金融機関（郵便局は除く）				
銀行番号：〇〇〇 〇〇〇	銀行・信託銀行 信金・農協・信組	店番号：〇〇〇 〇〇〇	支店・本店	普通 当座
番号	1234567	名義 (加付)	〇〇 〇〇	
出産手当金の受取りを事業所経由で受取る場合（委任状）				
本請求に基づく給付金に関する受領方を			㊟殿に委任します。	
平成 年 月 日	被保険者氏名			㊟

平成 26 年 12 月 8 日 提出

※3.【受付印】

医師若しくは助産師が証明するところ	出産年月日	平成 26 年 10 月 13 日 出産			
	出産予定日	平成 26 年 10 月 11 日 予定日			
	正常分娩または異常分娩	正常 ・ 異常			
	生産または死産の別	生産 (単胎・多胎) ・ 死産 (妊娠 月)			
	入院して出産したときはその期間	平成 26 年 10 月 10 日から 平成 26 年 10 月 18 日まで	9 日間	入院費用の別	健保 公費 自費 その他
	<p>うえのとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">平成 26 年 10 月 13 日</p> <p>医療機関名若しくは施設の所在地 ○○市○○町 1-2-3</p> <p>医療機関名若しくは施設の名称 ○○○産婦人科</p> <p>医師若しくは助産師の氏名 ○○ ○○ (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○</p>				

医師若しくは助産師の方へ

◇ ◇ ◇

出産予定日以前の出産の場合は出産予定日の記入は必要ありません。死産の場合は妊娠何ヶ月の死産であったかを必ずご記入ください。医師若しくは助産師の印は原則省略できませんが、海外で出産した場合には、サインでも構いません。

出産手当金請求書

健康保険

(第 回目)

※一、本請求が資格喪失後である場合はご記入ください。資格喪失年月日は退職した日の翌日です。
 ※二、里帰り出産などで現住所と所在する住所が異なる場合は、その旨ご記入ください。
 ※三、受付印欄には記入しないでください。
 出産手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたしますので、取引金融機関（銀行番号・店番号必須）をご記入ください。なお、郵便局はお取扱
 いできません。出産手当金のお受取りを事業所に委任する場合は、委任状欄に署名・捺印を行い事業所経由でのご請求ください。
 在職期間の請求を行う場合は、本紙以外に、給与支給額証明書（事業主証明）を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	-----	被保険者の 氏名と押印	(被保険者本人が署名する場合印は省略できます)		㊟
被保険者の 現住所	〒 ----- 電話 ()				
事業所の名称			標準報酬 月額	千円	
資格取得 年月日	昭和 平成	年 月 日	※1.資格喪失 年月日	平成	年 月 日
出産した 年月日	平成	年 月 日	出産予定日	平成	年 月 日
この請求は出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか 給付期間の説明：産前：出産予定日の42日前（多胎妊娠98日）から出産日までの間 産後：出産日の翌日から56日間 出 産 前 ・ 出 産 後 ・ 出 産 前 後					
出産をする為 休んだ期間	平成	年 月 日 から	-----	平成	年 月 日 まで
上記期間分の報酬を受けられますか		受けられない		一部受けられる	受けられる
※2.健康保険組合へのご質問やご要望がある場合にはご自由にお使いください。また電子メールで回答を希望される場合は、アドレスをご記入ください。(mailto: @)					
出産手当金を受取る金融機関（郵便局は除く）					
銀行番号：	銀行・信託銀行	店番号：	支店・本店	普通	-----
	信金・農協・信組			当座	-----
番号	-----		名義 (加付)	-----	
出産手当金の受取りを事業所経由で受取る場合（委任状）					
本請求に基づく給付金に関する受領方を				㊟殿に委任します。	
平成	年	月	日	被保険者氏名	㊟

平成 年 月 日 提出

※3.【受付印】

医師若しくは助産師が証明するところ	出産年月日	平成 年 月 日 出産					
	出産予定日	平成 年 月 日 予定日					
	正常分娩または異常分娩	正 常 ・ 異 常					
	生産または死産の別	生 産 (単胎・多胎) ・ 死 産 (妊娠 週 日)					
	入院して出産したときはその期間	平成 年 月 日から	日間	入院費用の別	健 保 自 費	公 費 其 他	
		平成 年 月 日まで					
	うえのとおり相違ありません。						
	平成 年 月 日						
	医療機関名若しくは施設の所在地						
	医療機関名若しくは施設の名称						
	医師若しくは助産師の氏名 (印)						
	電話番号 ()						

医師若しくは助産師の方へ

◇ ◇ ◇

出産予定日以前の出産の場合は出産予定日の記入は必要ありません。死産の場合は妊娠何週何日の死産であったかを必ずご記入ください。医師若しくは助産師の印は原則省略できませんが、海外で出産した場合には、サインでも構いません。