

健康保険 出産手当金請求書

提出日 年 月 日

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号 -	生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所 電話番号	(〒 -) TEL ()			
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	
	出産のために休んだ期間 (申請期間)	年 月 日から 日間 年 月 日まで			
	金融機関 名称	銀行 金庫		本店 支店	営業部 出張所
		種別	普通預金	口座番号	
口座名義	カタカナでご記入してください				

医師または助産師の意見欄	出産者氏名			
	出産予定年月日	年 月 日	出産年月日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	出産または死産の別	生産・死産(妊娠週)
	上記のとおり相違ありません。			年 月 日
	医療機関所在地	医療機関の名称		
	医師の氏名	TEL ()		

事業主証明欄	労務に服さな かった期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	上記の 期間中の 分として 支払う 報酬関係	全額支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日まで (月 日支払)	日額 円
		一部支給 の場合	年 月 日から 金 円 年 月 日まで (月 日支払)	日額 円
		支給しない 場合		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日
事業主	住所	氏名	TEL ()	