

出産手当金 請求書

月末最終稼働日までに健保に到着した請求書（原本）について
原則翌月に支給します。

書類に不備がある場合は、翌月に支給できない場合があります。

在職中の方は会社を経由してのご提出になりますので、すみやかにご提出ください。

健保使用欄		受付年月日	
受付	令和 年 月 分		
支払年月日	令和 年 月 日		

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	被保険者 氏名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	事業所名	
	被保険者 住所	〒					
	出産予定 年月日	令和	年	月	日	出産のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 日間
	出産年月日	令和	年	月	日		令和 年 月 日まで
	振込先 金融機関名	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。					普通預金
	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 出張所			
	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 支店				
口座番号			口座名義	※カタカナで記入			

事 業 主 証 明 欄	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から	左の期間のうち有給休暇があればその期間			
		令和 年 月 日まで	月 日から 月 日まで	日間		
		日間	有給休暇以外に賃金の支給があればその金額			
	上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 年 月 日
	所在地					
	事業主 名称					
	氏 名					

医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	出産予定 年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産（妊娠 週 日）		
	出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（ 児）		
	上記のとおり相違ないことを証明します。					
	所在地					
	医療機関 名称					※所在地・名称はゴム印を使用し てください。ゴム印がない場合は 必ず医師の押印が必要です。
	医師・助産師氏名	Ⓜ		電話	- -	

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。				
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	令和 年 月 日		
	代理人 (事業主)	所在地 名称 氏 名	※自署できない場合は捺印が必要です。		