

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

出産手当金請求書

裏面の注意事項等を読んで、記入もれのないようにしてください。

請求期間	平成 XX 年 XX 月 XX 日 ~ 平成 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 日間)		請求日	平成 XX 年 XX 月 XX 日	
被保険者証の記号番号	X X X - X X X X X X X	被保険者の氏名	川崎 太郎 (印)		申請内容
自宅の住所等	〒 XXX - XXXX ○○市 ○○町 1-2-3 (Tel) 0XX - XXX - XXXX		生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
委任欄	※「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は、右記を記入してください。		この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。		氏名 川崎 太郎 (印)
被保険者記入欄	・退職後に出産された場合は、右記振込先を記入してください。		振込先		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()
	※振込先は「ゆうちょ銀行以外」を指定してください。		口座番号	名義	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座

医師・助産師記入欄	出産予定日	予定日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 月)
	及び出産日	出産年月日			多胎 (児)
	上記のとおり相違ありません		<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;"> 必ず医療機関に記入してもらってください </div>		

平成 年 月 日 医師・助産師名 (Tel) - -

事業主証明欄	休業した期間	出勤は /、有給休暇等は△、欠勤は○で表示、休日は日付を赤○で囲んでください。																															
	平成 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	平成 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

上記期間のうち報酬の全部を支給したとき又は支給するとき、その期間および支給金額 平成 年 月 日 日分 円

休業証明取扱者印

上記のとおり相違ないことを証明します。

住所 平成 年 月 日 事業主名称 (印) 氏名

組合決定欄	標準報酬月額		支給済期間				支給期間				日数
	月まで	千円	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	日	
	月から	千円	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	日	
	資格喪失のとき	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	支給決定日	平成 年 月 日	支払日	平成 年 月 日	支給決定金額 円			

備考