

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	
被保険者記入欄	保険証 記号	X X X	番号	X X X X X X	
	被保険者の氏名	川崎 太郎 (印)		申請内容	<input type="checkbox"/> 産前のみ <input type="checkbox"/> 産後のみ <input checked="" type="checkbox"/> 産前産後一括
	自宅の住所等	〒 XXX - XXXX ○○市 ○○町 1-2-3 (Tel) 0XX - XXX - XXXX		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 XX 年 XX 月 XX 日 <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)
・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。 ※振込先は「ゆうちょ銀行以外」を指定してください。	振込先	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td><input type="/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
		口座番号	カタカナで記入		名義

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 black; padding: 10px; 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	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																													
			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																													
			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																													
	日間	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																											

必ず事業主の証明をもらってください

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			
	資格喪失日	平成 年 月 日	支払日	平成 年 月 日	円						
備考											