

※A3用紙で出力してください

## 健康保険出産手当金請求書

被保険者証の記号番号	記号	〇〇		被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日
	番号	〇〇〇〇〇		令和	〇	〇	〇	〇	令和	〇	〇	〇	〇
被保険者氏名と印	フリガナ	ケンポ カズコ		被保険者住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△△号室								
	氏名	健保 和子			電話	00 ( 123 ) 4567							
生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				電話 00 ( 123 ) 4567								
事業所名及び電話	EY〇〇〇〇〇〇				電話	00 ( 4321 ) 8765				社員・職員コード	〇〇〇〇		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(事業所経由で提出する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )													
出産年月日	平成	年	月	日	出産予定年月日	平成	年	月	日	出生児の数	〇胎・多胎( 児)		
	令和	0	1	0	5	1	0	5	0	7	単胎・多胎( 児)		
出産のため休んだ期間	平成・令和 31年 3月 27日 から				101 日間								
	平成・令和 1年 7月 5日 まで												
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた・ <u>受けない</u>		将来	受けられる・ <u>受けられない</u>								
②報酬支払を受けたとき(受けられる)ときは、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	平成・令和 年 月 日 から	の分として 円											
	平成・令和 年 月 日 まで												

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	平成・令和 年 月 日 から	日間
		平成・令和 年 月 日 まで	
	①全額支給した場合又は支給する場合	平成・令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円
		平成・令和 年 月 日 まで	
②一部支給した場合又は支給する場合	平成・令和 年 月 日 から	の分の報酬を 円	
	平成・令和 年 月 日 まで		
③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	平成・令和 年 月 日 から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	
	平成・令和 年 月 日 まで		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
所在地	令和 年 月 日		
事業主 名称	令和 年 月 日		
氏名	令和 年 月 日		
電話	令和 年 月 日		

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出産者氏名											
	出産年月日	平成・令和 年 月 日	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日								
	出生児の数	単胎・多胎( 児)		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)							
	上記のとおり相違ないことを証明します。											
<b>※ 医師又は助産師の証明が必要です</b>												
所在地												
名称												
職名( )												
氏名												
電話												

振込先指定口座	〇〇〇〇	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード	△△△	本店	支店番号	令和 年 月 日 提出
			1 2 3 4		<u>支店</u>	5 6 7	受付日付印
	預金種別	普通・当座	口座番号		右づめでご記入ください		
			0 1 2 3 4 5 6				
名義人(フリガナ)	ケンポ カズコ		口座名義の区分	該当するところに○を記入			
	健保 和子			○ <u>被保険者</u> (請求者) ・代理人			

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要 (押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日
		住所 「被保険者(請求者)」が記入するところと同じ
	氏名	氏名
代理人(口座名義人)	〒	TEL
	住所	委任者と代理人との関係
	フリガナ	
	氏名	

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄