

健康保険出産手当金請求書(第 1 回目)

○ ○ を請求書に記入するところを記入してください。提出は、期間は、提出を願います。

被保険者が記入するところ
被保険者証の記号・番号 ③ 生年月日
取得年月日 S・H 報酬月額 千円
① 19 ② 350 ① 昭和 平成 4 8 0 3 0 9
④ フリガナ モリベ ハナコ 被保険者(請求者)の氏名と印 守部 花子(守部)
⑤ 事業所の名称 洋菓子店(株)
⑥ 郵便番号 167-0003 住 所 杉並区 1-2-3 電話 03 (3333) 8524
⑦ 被保険者の資格を取得した日(入社日) 平成 年 4 月 1 日 ⑧ 被保険者の標準報酬月額 280 千円
⑨ 分べんの日 平成 年 8 月 5 日 ⑩ 分べん予定日 平成 年 8 月 1 日
⑪ 分べんのため休んだ期間(請求できる期間) 【分べんの日(分べんの日が予定日より遅れた場合は分べん予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)目から分べんの日後56日間までの期間を限度】
平成 年 6 月 2 1 日から 平成 年 9 月 3 0 日まで 102 日間
⑫ うえの⑪に書いた期間の部分の報酬を受けましたか 受けた 受けない
⑬ 報酬の支払を受けたときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった期間
平成 年 月 日から の分として 平成 年 月 日まで 円
⑭ 分べんした病院 名称 杉並産婦人科病院 所在地 杉並区 3-2-6
[備考] 請求者は「事業主が証明する欄」に証明を受けてください。また、会社を退職した方(被保険者資格喪失者)が請求する場合、⑪欄の請求できる期間内に在籍した期間が含まれている場合には、該当する期間の証明を受けてください。

事業主が証明する欄
労務に服さなかった期間 出勤は で、有給は で、公休は公で、欠勤は / でそれぞれ表示してください。
平成 年 6 月 20 日から 平成 年 9 月 30 日まで
( 日間)
うえの期間中の分として、報酬を全額又は一部を支給した場合あるいは支給する場合は
(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 日間 円 月 日支払 日額 円
(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 日間 円 月 日支払 日額 円
(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 日間 円 月 日支払 日額 円
(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 日間 円 月 日支払 日額 円
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨
うえのとおり相違ないことを証明します。
平成 年 9 月 25 日 平成 年 10 月 2 日提出
住所 杉並区 1-2-3 事業主 洋菓子店(株) 代表取締役 東 和夫
氏名 電話 03 (3334) 8934

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

医師または助産師が意見をかくところ
分べん年月日 平成 年 8 月 5 日 分べん予定年月日 平成 年 8 月 1 日
正常分べん又は異常分べんの別 正常・異常 生産又は死別の別 生産
死産(妊娠 ヶ月)
出生児の数 単胎・多胎( 児)
入院して分べんしたときは、その期間 平成 年 8 月 5 日から 平成 年 8 月 12 日まで 8 日間
入院の費用別 健保・公費 自費・その他
うえのとおり相違ありません。
平成 年 8 月 20 日
住所(所在地) 杉並区 3-2-6
医療機関名 杉並産婦人科病院
医師氏名 荻窪 三郎
電話 03 (3524) 5687

受領代理人欄
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
平成 年 10 月 2 日
〒 167-0003
住所 杉並区 1-2-3
被保険者(請求者) 氏名 守部 花子
代理人氏名 守部 太郎
委任者と代理人の関係 夫

支払金融機関欄
銀行コード 0 1 2 3 支店コード 9 8 7
銀行・農協 本店 出張所 1: 普通
信金・信組 支店 2: 当座
口座番号 9 8 6 5 3 2 7 口座名義人 守部 太郎