## 健康保険 出産手当金請求書

被保険者(請求者)記入欄

	請求年月日	令和	年	月	В	事業所(会社) の名称										
被保険者	被保険者等 記号・番号	記号	1		番号	氏名	(フリカ゛ナ)									
	生年月日	□昭和 □平成		年	月	日 (歳)										
情報	連絡先住所・ 電話番号	(〒	_	)		(TEL:										
請求	出産予定日	令和	年	月	日	出産日		令和	年	月	日					
内容	出産のために休	んだ期間(請	青求期間)	と日数				,,			日間					
確認事項	上記の出産のた (給与)を受け					□ はい (報 □ いいえ	酬額		円)							
	上記で「はい」。た期間をご記入		、その報	酬支払の	基礎となっ				からまで		日間					
		給付金の振込	込について			込み、事業主から 禁主に依頼するた				れます。						
	委任状	本申請に基	づく給付	金に関す	<sup>-</sup> る受領を事業	<b>美主に委任しま</b> っ	r.									
		令和	年	月	日	被保険者	<b>省氏名</b>									

K004

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日	付印
-----	----

## 健康保険 出産手当金請求書

※勤務表(写)と賃金明細(写)を添付してください。

事業主証明欄・医師の意見欄

	被保険者氏	名															
	労務に服さなな	いった期間	令和	年	月	日	から	ŕ	和	年	月	日	まで		日間		
			年休		令和	年	月	日	から	令和	年	月	H	まで	日間		
	上記期間中の年休、欠勤、		欠勤		令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
	休職等の期間		休職		令和	年	月	日	から	令和	年	月	Ħ	まで	日間		
事			(	)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間		
業	上記期間中、賃金を支給		□はい	4)	給与の種	<b></b> 番類	□月;	給	□時間給			給与計算締				日	
	しましたか(し	ますか)?	[ ]	ハえ	WH 2 -> 1	±/90	□日;	給	□その他	(	)	給与支	<b></b> 友給日		当月・□翌月	日	
主	上記期間中の幸	<b>W酬記入欄</b>	(記入欄2	(記入欄が足りない場合は別紙を添付してください。)													
が				月日			月 日				月	日			<備考>		
証	区分	区分 単価 ~ 月   支給額				日分 ~ 月 日分					~ 月 日分						
明	** 1 **					支給額					支給額						
す						P P					円						
る	通勤手当				<u>円</u> 円	円円					円 円				_		
ع	手当 手当				円				円				円				
	計				円 円				円				<u> </u>				
۲	п				1.1				1.1			(扣坐	者氏名			)	
ろ	上記のとおり	相違ない	- しか証	田士フ								(15:3	11111	1		,	
	工品のこれり	相连ない	- こで肌	<b>7779</b> る。								令	£π	年	月	日	
	古类形形大坝												<b></b>	+	月	Ц	
	事業所所在地	2															
	事業所名称																
	事業主氏名																
	電話番号																

医	出産者氏名									
師・曲	出産予定年月日	令和 年		月	H	出産年月日	令和	年	月	日
助産師が	出生児の数	□ 単胎 □ 多胎 <b>→</b> (		児)	生産または 死産の別	<ul><li>□ 生産</li><li>□ 死産 → (妊娠</li></ul>		週)		
を証明す	上記のとおり相違ありません	V.					令和	左	F 月	日
ると	医療機関等の名称									
ح	医師・助産師の氏名									
ろ	電話番号									

K004

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。