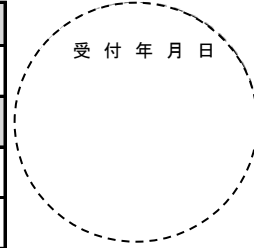


健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.
					昭・平・令 年 月 日	令和 年 月 日	
					支給決定年月日	支給予定年月日	標準報酬月額
	支給額				令和 年 月 日	令和 年 月 日	千円/ 円
				支給期間	令和 年 月 日～ 月 日迄 (日間)		



健康保険 出産手当金 請求書

①：被保険者記入欄	※ ②に医師または助産師の証明を受けた後、産後56日経過後に事業主へご提出ください。					
	健康保険証等の記号・番号	—		会社箇所名	—	
	被保険者氏名	(フリガナ)		勤務先電話	—	
	出生日	令和 年 月 日	出生予定日	昭和・平成 年 月 日		
	出産のため休んだ期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで 日間				
	被保険者名義の振込先口座	銀行 支店		普通当座	口座番号： カタカナ 口座名義：	
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください		記号：	番号：		
	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記のとおり、出産手当金を請求します。 令和 年 月 日 〒 住所 被保険者の署名			連絡先(携帯)電話	- -	
②：医師・助産師記入欄	出産者の氏名					
	出生日	令和 年 月 日	出生予定日	令和 年 月 日		
	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)		出生児の数	単胎・多胎(児)	
	上のとおり相違ありません。 医療施設などの所在地 名称 医師または助産師の署名			令和 年 月 日	電話 - -	
③：事業主記入欄	労務に服さなかった期間	※「産前産後休業取得者申出書」の「産前産後休業期間」と同じ期間をご記入ください。 令和 年 月 日～令和 年 月 日まで (日間)				
	上の期間中に支払った報酬はありますか？	「ある」場合は、下のA・Bに詳細をご記入ください。 「ない」場合は、下のA・Bの金額欄に『なし』とご記入ください。				
	A：全額を支払った期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金	円 (日額 円)	/ 支払	
	B：通勤交通費を支払った期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	金	円 (日額 円)	/ 支払	
	添付書類	<input type="checkbox"/> 出勤簿の写し 月～月分 (計 枚) <input type="checkbox"/> 貸金台帳の写し 月～月分 (計 枚)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名			令和 年 月 日	電話 - -	

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄(医師証明後に記入) →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。