

健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回)

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険の 被保険者証の 記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	事業所名	(株)NSD			被保険者の 業務の種 別	SE			
	被保険者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子			住所	〒 163 - 0716 東京都新宿区西新宿2-7-1						
分 娩 の た め 休 ん だ 期 間	分娩のため 休んだ期間	2019 年 4 月 1 日から 2019 年 7 月 7 日まで ただし()日は出勤のため除く		98日間	分娩した年月日 (分娩前に請求する ときは予定年月日)	2019 年 5 月 12 日						
	上の期間中に 事業主から給与を 受けたかどうか	ア. 全部受けた ウ. 全部受けられる オ. 受けられない		イ. 一部受けた エ. 一部受けられる	左のア・イ・ウ・エの いずれかに該当する ときはその内容		年	月	日から	日まで		
入 院 の 費 用 を 健 康 保 険 本 人 の 扱 い と し て 入 院 し た と き	入院の費用を 健康保険本人の 扱いとして 入院したとき	病 院 等	名 称	×××××病院			所 在 地	東京都新宿区新宿1-2-3				
	健康保険本人扱 いの入院期間	2019 年 5 月 1 日から		2019 年 5 月 27 日まで		27 日間						
振 込 を 希 望 す る 金 融 機 関	振込を希望する 金融機関	事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。										
	金融機関名称	(フリガナ)			銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店 支店				
	※被保険者又は 受領を委任した 代理人の口座に 限りませ	普通預金	口座番号		※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要							
	口座名義	(フリガナ)										
代 理 人 に 受 領 を 委 任 す る 時 は 記 入 し て 下 さ い	代理人に受領を 委任する時は 記入して下さい	この給付金の受領を		住 所	_____			氏 名	_____に委任します。			
				被保険者氏名								
被保険者の マイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。											
事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さな かった期間	年	月	日から	日間	左の期間に対する報酬 を支給しているかどうか		ア. 全額支給した イ. 一部支給した ウ. 全額支給する エ. 一部支給する オ. 支給しない				
	上記の期間に 報酬の全部又は 一部を支給した (支給する)場合は その期間及び金額	本 給 資 格 手 当	円	月	日	～	円	月	日	日分	事業所名称・所在地	
		役 割 手 当	円	月	日	～	円	月	日	日分	事業主氏名・事業主印	
		地 域 手 当	円	月	日	～	円	月	日	日分		
		生 計 手 当	円	月	日	～	円	月	日	日分		
		通 勤 手 当	円	月	日	～	円	月	日	日分		
医 師 ・ 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩年月日	年	月	日	入院の費用を健康 保険本人扱いとして 入院した期間	年	月	日から	年	月	日まで	日間
	生産・死産 の別	生産	・ 死産(妊娠 週)		出 生 児 数	単胎		・ 多胎(児)				
	上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日	病院で証明を記入してもらう										
	医療機関等の名称・所在地											
	医師・助産師名											
	市区町村長名											

※被保険者欄記入の上、病院で証明を受け、事業所へ提出して下さい。

受付年月日