

出 産 手 当 金 請 求 書

健康保険 (第 回目)

一、本請求が資格喪失後である場合はご記入ください。資格喪失年月日は退職した日の翌日です。
二、里帰り出産などで現住所と所在する住所が異なる場合は、その旨ご記入ください。
三、受付印欄には記入しないでください。
出産手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたしますので、取引金融機関（銀行番号・店番号必須）をご記入ください。なお、郵便局はお取扱
いできません。出産手当金のお受取りを事業所に委任する場合は、委任状欄に署名・捺印を行い事業所経由でご請求ください。
在職期間の請求を行う場合は、本紙以外に、給与支給額証明書（事業主証明）を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記 号 ・ 番 号	-----	被保険者の 氏名と押印	(被保険者本人が署名する場合印は省略できます)		印
	被保険者の 現 住 所	〒 - 電話 ()				
	事業所の名称				標準報酬 月 額	千円
	資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	1.資格喪失 年 月 日	平・令 年 月 日	
	出 産 し た 年 月 日	平成 令和	年 月 日	出産予定日	平・令 年 月 日	
	この請求は出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期 間にかかるものですか 給付期間の説明：産前：出産予定日の 42 日前（多胎妊娠 98 日）から出産日までの間 産後：出産日の翌日から 56 日間 出 産 前 ・ 出 産 後 ・ 出 産 前 後					
	出産をする為 休 ん だ 期 間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで			日間	
	上記期間分の報酬を受けられます か		受けられない 一部受けられる 受けられる			
	2.健康保険組合へのご質問やご要望がある場合にはご自由にお使いください。また電子メールで回答を希望され る場合は、アドレスをご記入ください。(mailto: @)					
	出産手当金を受取る金融機関（郵便局は除く）					
銀行番号：		銀行・信託銀行	店番号：	支店・本店	普 通	
		信金・農協・信組			当 座	
番号			名義 (加付)			
出産手当金の受取りを事業所経由で受取る場合（委任状）						
本請求に基づく給付金に関する受領方を				印殿に委任します。		
令和 年 月 日		被保険者氏名			印	

令和 年 月 日 提出

3.【 受 付 印 】

