

出産手当金請求書

（第 回 目）

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証 記号 番号	事業所名
	被保険者氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	この申請期間は出産前のものですか、出産後のものですか、	<input type="checkbox"/> 出産前 <input type="checkbox"/> 出産後
	出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日と出産のあった年月日	出産予定日 令和 年 月 日 出 産 日 令和 年 月 日
	出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで
	出産のため休んだ期間（申請期間）に報酬は受けましたか。 または今後受けられますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」と答えた場合、その報酬支払の基礎となった（なる） 期間と報酬額をご記入ください。	令和 年 月 日 から 円 令和 年 月 日 まで
	上記のとおり請求します。	令和 年 月 日
住所		
氏名		
荏原健康保険組合理事長 殿		

医師・助産師記入欄	出産者氏名	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎（ 児 ）
	出産予定年月日 令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 日
	生産又は死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産（妊娠 ヶ月 週）	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日
	所在地 医療機関名 医師・助産師の氏名	電話番号（ ）

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	この期間に対し賃金を支給しました（します）か。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記の期間に対して、報酬の全部又は一部支給した（する）場合	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日間 円
		<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日間 円
		<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日間 円
上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		
所在地				
事業所名称				
事業主氏名		電話番号（ ）		

委任状	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日
	代理人	住所 氏名

振込先	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義（カタカナ）

※委任状により代理受領する場合は代理人名義の口座（申請者以外の方）を記入。