

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

請求者が記入するところ	被保険者の記号・番号		事業所名		被保険者の業務の種別		
	(記号)		(番号)				
	被保険者(請求者)の氏名・住所	氏名	フリガナ()		住所	〒□□□□ - □□□□	
			(印)			TEL () -	
	出産の予定日	平成 年 月 日		の期間中に給料を受けましたか			
	出産の日	平成 年 月 日		ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない			
	出産のため休んだ期間	平成 年 月 日から 日間		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで		平成 年 月 日まで			
			ただし()日は出勤のため除く		円		
	給付金の受領方法	受取代理人	*代理人に委任する方は記入してください【被保険者(請求者)の印は 欄に押した印に限ります】				
この給付金の受領を							
住所			_____				
		氏名	_____ (印) に委任します。				
		被保険者(請求者)氏名 _____ (印)					
振 込 希 望 金 融 機 関							
【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限ります】							
フリガナ() ()		店 番 _____					
_____ 銀行		_____ 支店		口座番号 _____			
		フリガナ()					
		口座名義人氏名 _____					

事業主が証明するところ	① 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで ただし()日は出勤のため除く	② ①の期間に対する報酬を支給しているかどうか	ア. 全部支給した イ. 一部支給した ウ. 全部支給する エ. 一部支給する オ. 支給しない
	③ ①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 家族手当 役付手当 通勤手当	円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分 円 月 日 ~ 月 日 日分	④ 事業所の所在地・名称・事業主氏名・印

受付年月日

出勤簿・賃金台帳の(写)を添付してください

医師または助産師が証明するところ	① 出産予定年月日	平成 年 月 日	② 出産年月日	平成 年 月 日
	③ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 週又は第 ヵ月)		④ 出生児の数 単胎・多胎(児)
	⑤ 上記のとおり相違ないことを証明する。			
平成 年 月 日				
医療施設の所在地・名称				
医師・助産師名 _____ (印)				
TEL () -				

記入するときの注意事項

（請求者が記入するところ）

- 欄 . 印鑑は、はっきりと押してください。ただし、被保険者(請求者)が自ら署名する場合は、被保険者(請求者)の押印は省略することができます。
- 欄 . 出産のため会社を休み始めた日を起算日としてください。通算日数は、休日・祭日を含めて間違えないよう、よく確かめてから記入してください。
- 欄 . ア～オのうち該当するものを で囲み、請求期間内に給料(通勤手当等の諸手当も含まます)を受けた(受けられる)ときは、期間と金額を記入してください。

（事業主が証明するところ）

- ①欄 . 出勤簿・賃金台帳に基づいて、正確に記入してください。
- ②欄ア～オ . 該当するものを で囲んでください。
- ③欄 . 報酬を支給した(支給する)ときは、必ず記入してください。
なお、諸手当(家族手当、通勤手当、住宅手当、役付手当等)は、月単位(1ヵ月分、3ヵ月分、6ヵ月分等)で記入してください。

（医師が証明するところ）

- ④欄 . 該当する文字を で囲み、死産のときは妊娠何週目又は何ヵ月目であったかを記入してください。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合(TEL06-6765-9212)給付課へおたずねください。

**提出先 〒542-0061 大阪府中央区安堂寺町2-4-14 文健会館4階
関西文紙情報産業健康保険組合**

「事業主証明書」、「医師又は助産師の証明書」をこの請求書に添付して提出していただいても構いません。
「事業主証明書」、「医師又は助産師の証明書」用紙が必要な方は、当組合給付課へご連絡ください。
健康保険の給付を受ける権利は、2年間の時効で消滅します。