

出産手当金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号		番号				
	② 出産前 の出産後の別		出産前に請求するときは出産予定日 出産後に請求するときは出産予定日 と出産日	出産予定日 平成	年 月 日	出産日 平成	年 月 日	
	③ 出産のため 休んだ期間	平成	年	月	日	から	日間	
		平成	年	月	日	まで		
	④ 上記期間の報酬の全部 又は一部を受けた時 又は受けられる時は その報酬額及び期間	平成	年	月	日	から	日分	
		平成	年	月	日	まで		
		円						
⑤ 振込希望の 銀行	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義（カタカナ）			
⑥	上記のとおり請求します。 被保険者の 住所 氏名						平成	年 月 日
⑦ 備考	ノバルティス 健康保険組合理事長 殿							

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

医師または助産師記入欄	⑧	出産予定年月日	平成	年	月	日	出生児の数	単胎	(児)	
	⑨	出 産 年 月 日	平成	年	月	日		多胎		
	⑩	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)							
	⑪	上記のとおり相違ありません。平成 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 (印) 電話 局 () 番								

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間		平成	年	月	日から				日間	
	⑬ 上記の期間中の分として支払う報酬関係	㊦ 全額支給の場合	平成	年	月	日から	の分として	金	円	〔日額	
			平成	年	月	日まで		(月 日支払)	金	円〕	
		㊧ 一部支給の場合	平成	年	月	日から	の分として	金	円	〔日額	
			平成	年	月	日まで		(月 日支払)	金	円〕	
	㊨ 支給しない場合										
⑭		上記のとおり相違ないことを証明します。						平成	年	月	日
		住所 事業主 名称 氏名						(印)			
		電話						局 ()		番	

委任状	⑮	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				健保受付日付印
		平成	年	月	日	
	被保険者の 住所 氏名				印	
		代理人の 住所 氏名			印	