

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 8 番号 99999	
	② 出産前 出産後 の別	出産後	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 28 年 10 月 14 日 出産日 平成 28 年 10 月 14 日
	③ 出産のため 休んだ期間	平成 28 年 9 月 3 日 から 平成 28 年 12 月 9 日 まで 98 日間	
	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 平成 年 月 日 まで 日分 給料が支払われた場合は、その期間と金額を記入してください。	
	⑤ 振込希望の 銀 行	「振込先」欄は記入不要です。給与口座へ振り込みます。	
	⑥	上記のとおり請求します。 平成 28 年 12 月 12 日 被保険者の 住所 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇 氏名 健康 優子 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿	
	⑦ 備 考	押印してください。 	

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	
	⑨ 出 産 年 月 日	平成 年 月 日		多胎 (児)	
	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			

出産の証明を受けてください。 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 平成 年 月 日まで 日間
	⑬ ⑦ 全 額 支 給 の 場 合	平成 年 月 日から の分として 金 円 [日額 円] 平成 年 月 日まで の分として 金 円 [日額 円]
	⑦ 一 部 支 給 の 場 合	平成 年 月 日から の分として 金 円 [日額 円] 平成 年 月 日まで の分として 金 円 [日額 円]
	⑦ 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 事業主の証明が必要です。 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。 平成 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 印	健保受付日付印
		代理人の 住所 氏名 印 会社に委任する場合は記入・押印してください。	