

# 健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

|  |   |                                  |                |              |                |
|--|---|----------------------------------|----------------|--------------|----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>と<br>こ<br>ろ  | ① 被保険者の<br>記号・番号  | ② 事業所の名称                         | ③ 標準報酬<br>等級月額 | 千円           |                |
|  | ④ 被保険者の氏名   | ⑤ 被保険者の生年月日                      |                | 昭・平 年 月 日    |                |
|  | ⑥ 分娩予定年月日と分娩のあった年月日   |                                  | 分娩予定日          | 平・令 年 月 日    |                |
|  |   |                                  | 分娩日            | 平・令 年 月 日    |                |
|  | ⑦ 分娩のため<br>休んだ期間  | 平成・令和 年 月 日 から<br>平成・令和 年 月 日 まで |                | 日間           |                |
|  | ⑧ うえの期間の報酬(賃金)<br>の全部または一部を受け<br>たときまたは受けられるとき<br>はその報酬額および期間 | 平成・令和 年 月 日 から                   |                | 日分           |                |
|  |   | 平成・令和 年 月 日 まで                   |                | 円            |                |
|  | ⑨ 振込希望の銀行<br>(報酬振込口座)   | 銀行                               | 支店             | 普通<br>当座 No. | 口座<br>座<br>名義人 |
| ⑩ うえのとおり請求します。<br>令和 年 月 日 千<br>住所<br>被保険者の<br>(請求者の)<br>フリガナ<br>氏名<br>太陽生命健康保険組合理事長 殿 TEL ( ) |   |                                  |                |              |                |

|   |   |           |             |               |
|---|---|-----------|-------------|---------------|
| 医<br>師<br>ま<br>た<br>は<br>助<br>産<br>師<br>が<br>意<br>見<br>を<br>書<br>く<br>と<br>こ<br>ろ | ⑪ 分娩予定年月日   | 平・令 年 月 日 | ⑬ 分娩予定      | 単胎            |
|   | ⑫ 分娩年月日   | 平・令 年 月 日 | 分娩          | 多 (児)         |
|   | ⑭ 正常分娩または<br>異常分娩の別   | 正常・異常     | ⑮ 生産または死産の別 | 生産・死産 (妊娠 ヶ月) |
|   | ⑯ うえのとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日<br>医療施設の名称・所在地<br>医師・助産師名<br>TEL ( ) |           |             |               |

|  |                                      |                                  |                                |                       |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 事<br>業<br>主<br>が<br>証<br>明<br>す<br>と<br>こ<br>ろ             | ⑰ 労務に服さな<br>かった期間                    | 平成・令和 年 月 日 から<br>平成・令和 年 月 日 まで |                                | 日間                    |
|  | ⑱ うえの<br>期間中<br>の分として支払<br>う報酬<br>関係 | 全額支給<br>の場合                      | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで | の分 金 円 ( 月 日支払) (日 額) |
|  |                                      | 一部支給<br>の場合                      | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで | の分 金 円 ( 月 日支払) (日 額) |
|  | 支給しない<br>場合                          |                                  |                                |                       |
| ⑲ うえのとおり相違ないことを証明します。<br>令和 年 月 日<br>住所<br>事業主<br>氏名<br>職印 |                                      |                                  |                                |                       |

受付日付印