

健康保険出産手当金請求書

①被保険者記入用 (1/3)

被保険者証 の記号番号	記号	〇〇〇〇			被保険者 氏名	健保 のぞみ		
	番号	△△△			生年月日	昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
資格取得日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和			※資格取得日から1年未満での出産手当金請求の場合は、健康保険加入履歴記入書の添付が必ず必要になります。				
被保険者 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 さいたま市〇〇区〇〇町〇〇〇-〇〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)							
① 分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	令和 4年 12月 5日から	分娩年月日	令和 5年 1月 15日					
	98日間	(分娩予定日)	(令和 5年 1月 15日)					
② うえの①に書いた 期間の部分の報酬 を受けましたか、又 は今後受けられますか	受けた・ <input type="radio"/> 受けない 受けられる・ <input type="radio"/> 受けられない	報酬の支払いを受け たとき、又は受けられる ときは、その報酬の額 とその報酬支出の基礎 となった(なる)期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで の分として	円				
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	病院名 又は 産院の 所在地	(医) 〇〇〇クリニック さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇〇					
委任状 (受領を委任する ときのみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)住所 氏名 代理人住所 氏名							
公金受取口座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。←利用する場合は、情報連携にて口座情報確認後の入金となります。 利用しない場合は下記「③振込口座欄」を記入してください。)							
③ 振込 口座 欄	振込の銀行名	銀行 支店 信用金庫			令和 5年 4月 〇日提出			
	口座番号	普通・当座			受 付			
	フリガナ							
	名義人氏名							

被保険者 注意事項

1. 出産出産手当金は女子被保険者が分娩のため事業所の勤務を休み、賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は分娩の前が四十二日間(分娩の当日を含む)、分娩の後が五十六日間、を限度として支給されます。
2. ②欄は該当の文字を○で囲んでください。
3. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。
4. ③欄は、被保険者(本人)又は委任をうけた代理人が受領する支払機関名とその口座番号・名義人等について記入してください。

健康保険出産手当金請求書

③医師・助産師記入用 (3/3)

注意事項 内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線および訂正印(証明者印)で抹消し、正しい内容をご記入ください。

分娩者氏名	健保のぞみ
分娩年月日	令和5年1月15日
分娩予定年月日	令和5年1月15日
生産・死産の別 (※該当する文字に○をつけてください)	生産・死産(妊娠 週)
出生児の数 (※該当する文字に○をつけてください)	単胎・多胎(児)
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 □年 □月 □日 住所 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇〇 医療機関名 (医)〇〇〇クリニック 又は助産院名 〇〇〇 〇〇 職名(医師) 氏名 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	