健康保険　出産手当金 請求書

(ST1.01)

請求者記入欄	被保険者の記号・番号	記号　　番号				
	被保険者氏名	印				
	被保険者生年月日	年　月　日				
	被保険者住所及び電話番号	〒　ー TEL　（　）				
	事業所名称					
	分娩予定日及び分娩日	分娩予定日	分娩日			
		年　月　日	年　月　日			
	単胎・多胎及び生産・死産の別	ア）単胎　イ)多胎	生産児数	人	死産児数	人
	①分娩の為休んだ期間（請求期間）	年　月　日から 年　月　日まで　日間				
	上記請求期間の分として報酬を受けられますか	ア）受けた　イ）受けられる　ウ）受けられない				
	報酬を受けた又は受けられるきは、その報酬の額と期間を記入して下さい。	年　月　日 ～ 年　月　日まで　日分 円				
	振込希望金融機関(カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
		銀行 信金 信組 農協	支店	1.普通 2.当座		

医師又は助産婦が証明するところ	分娩予定年月日	平成　年　月　日	分娩年月日	平成　年　月　日
	出生児の数	単胎・多胎（　人）	生産・死産の別	生産・死産　妊娠　第　週
	上記のとおり相違ないことを証明する 平成　年　月　日 医療機関等の所在地名称・電話番号 医師又は助産婦の氏名・印 印			

事業主が証明するところ	被保険者が記入する欄の①の期間の内、労務に服さなかった期間 年　月　日から 年　月　日まで　日間
	上記の期間中で報酬の支払が行われた時は、その期間及び金額を記入して下さい。 平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日　円 報酬の支給形態　ア)月給制　イ)日給月給制　ウ)日給制　エ)時間給制　オ)その他（　）
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成　年　月　日 事業所所在地 名　称 事業主 氏 名 電　話

P＆Gグループ健康保険組合　TEL 078-845-7100