

# 健康保険 出産手当金 請求書

(ST1.04)

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	〒										-			
		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ときは、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	年		月		日		分娩年月日	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													
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。													
	年		月		日		～		年		月		日	
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。														
年 月 日  事業所所在地 名称 事業主氏名 電話														