

健康保険 出産手当金・付加金請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		③ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	④ 事業所名称	
	①	②				
	⑤ 被保険者(申請者)の住所等		〒		⑥ 出産予定日	令和 年 月 日
			TEL ()		⑦ 出産日	令和 年 月 日
	⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間			
⑨ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または、今後受けられますか。				<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input type="checkbox"/> 今後も受けない		
⑩ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の「傷病手当金」を受給していますか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中		

⑪ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金融機関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合 農協		<input type="checkbox"/> 普通(総合口座)				
	労働金庫		<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右づめで記入してください)			
	本店	店番号(3ケタ)					
	支店						
	出張所						

医師・助産師が意見を記入するところ	ア. 出産者氏名					
	イ. 出産予定年月日	令和 年 月 日	ウ. 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)		
	エ. 出産年月日	令和 年 月 日	オ. 出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		
	上記のとおり相違ありません。					
	医療施設の所在地	令和 年 月 日				
医療施設の名称						
医師・助産師の氏名	電話 ()					

令和 年 月 日提出

受付目付印

