

科目	法定	款	項	目
期日				
支給額	円			

承認印	常務理事	事務長	係

資格	得喪	

## 出産手当金請求書

被保険者が記入する欄	①請求書提出年月日	令和 年 月 日			* 1枚目①～⑦、および2枚目上部⑧～⑨はどなたも必ずご記入ください。	
	②被保険者証の記号・番号	記号	番号			
	③被保険者氏名	印				
	④被保険者現住所	〒 _____ 日中連絡の取れる電話番号( _____ ) <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他				
	⑤出産した年月日	平成 / 令和 年 月 日				
	⑥出産のため休んだ期間	平成 / 令和 年 月 日 ~ 平成 / 令和 年 月 日				
	⑦振込先口座 (被保険者名義)	銀行名	コード *健保記入	口座番号		1.普通 2.当座
	支店名	コード	名義 (カタカナ)			

医師・助産師が記入する欄	出産予定日	平成 / 令和 年 月 日		
	出産した年月日	平成 / 令和 年 月 日		
	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月)	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)
	上記の通り相違ないことを証明する。 証明日 令和 年 月 日			
医療機関所在地 医療機関名 医師氏名 印				

令和1年6月改訂

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】

本請求書に記入された個人情報は、本請求書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

⑧被保険者証の 記号・番号	記号	番号	⑨被保険者氏名
------------------	----	----	---------

事業主証明欄	①労務に服さな かった期間	平成 / 令和	年	月	日から	日間	* 休職で無給の場合は、 ①欄にその旨記載して ください																									
		平成 / 令和	年	月	日まで	——																										
	②上記期間中の出勤・有給・公休・欠勤を【出勤・・・○、有給・・・△、公休・・・公、欠勤・・・／】でそれぞれ記入してください																															
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	③①の期間を含む 賃金計算期間の 賃金支給状況	平成 / 令和	年	月	日から	日間		(備考)																								
		平成 / 令和	年	月	日まで		円																									
平成 / 令和		年	月	日から	日間																											
平成 / 令和		年	月	日まで		円																										
平成 / 令和		年	月	日から	日間																											
平成 / 令和		年	月	日まで		円																										
平成 / 令和		年	月	日から	日間																											
平成 / 令和		年	月	日まで		円																										
平成 / 令和		年	月	日まで		円																										
④報酬を支給しない 場合、その旨																																
⑤上記のとおり相違ないことを証明する。																																
住所	令和 年 月 日																															
事業所名																																
氏名	印																															

横浜電機健康保険組合

※健保使用欄					
標準報酬月額	標準給付単価	給付期間	控除後単価	日数	給付額
円	円	～			
		～			
		～			
		～			
		～			