

記入例

出産手当金請求書 (第 回)

産前・産後
分けてもよい

被保険者が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号	記号	000	番号	00000	② 被保険者 氏名	健保 花子							
	③ 被保険者の 現住所	〒 999-9999 富山市牛島新町9-9					※資格を喪失して6ヶ月以内の出産のときは、自宅又は実家の電話番号を ご記入ください。(必ず連絡が取れるもの)							
		TEL 046-444-9999					メールアドレス *****@*****.***							
	④ 事業所の名称	(株) * * * * *												
	⑤ 出産した年月日	令和 8 年 5 月 20 日					⑥ 出産のため 休んだ期間	令和 8 年 4 月 1 日から 106 日間 令和 8 年 7 月 15 日まで						
	⑦ 入院して出産した場合その病院・産院の	名称	〇〇クリニック			所在地	富山市〇〇〇							
⑧ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	1	2	3	4	5	6	7
	支店名	〇〇支店			名 義 (加付)	ケンボ ハナコ								
被保険者(請求者)名義の口座を正確にご記入ください。						⑨ 令和 8 年 7 月 20 日 提出								
☒ 本請求書の提出を事業主へ委任します。(事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出する場合は☑)														

TIPS インテックグループ健康保険組合

医師又は助産師の証明	⑩ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑪ 生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
	⑫ 出産予定年月日	令和 年 月 日	⑬ 単胎又は 多胎の別	単胎 ・ 多胎	
	⑬ 上記のとおり相違ありません。	医師又は助産師が証明			
	住所 医療施設名 氏 名				

事業主が証明するところ	⑭ 労務に服さなかつ た期間	令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで				
	⑮ 上記期間中報酬の全部又は一部を支給したとき					
	※ 明細行 場合は て記入 ください。	自 年 月 日	至 年 月 日	日間	支給額	日額 (必須)
		R	R		円	円
		R	R		円	円
		R	R		円	円
事業主が証明		報酬額合計 円				
※支給額の計算元となる給与明細書等写は不要です。上記記載に基づいて支給決定いたします。						
⑯ 上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日					
住所 事業所名 事業主名 担当者氏名						

備考欄									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印