

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書（第 回）

		平成 年 月 日提出	
被保険者（請求者）の記入欄	被保険者証記号番号	事業所の名称	
	—	—	
	被保険者の氏名	住所	〒
	⑩	電話	
	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩日
入院して分 娩したとき	病院又は診療所 の名称、所在地		
分娩のため 休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	期間中に報酬を 受けたときはその 期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
受取委任の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 （任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です） 平成 年 月 日 被保険者氏名 ⑩		
医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	平成 年 月 日	分娩年月日 平成 年 月 日
	正常分娩または異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生 産 妊 娠 力 月
	出生児の数	単胎 ・ 多胎（ 児）	死(流)産 又は、第 週
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ⑩			
事業主証明欄	労務に服しなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	上記期間中に報酬を支給したとき （支給すべきものであること）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 氏名 ⑩		

武田薬品健康保険組

◎武田薬品の方は本社CBCPA部人事Gへ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。

◎出生の証明については、医師または助産師の証明が必要となります。