

記入例

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書 (第 1 回)

		平成〇〇年〇月〇日提出	
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	所属
	999-1234	〇〇薬品工業株式会社	△△部〇〇課
	被保険者の氏名	住所	TEL
	健保 国子 (健印)	〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1	999-9999
	分娩予定日	分娩日	
平成〇〇年 1 月 5 日	平成〇〇年 1 月 3 日		
入院して分 娩したとき	病院又は診療所 の名称、所在地	〇〇産婦人科病院 〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1	
分娩のため 休んだ期間	平成〇〇年 1 1 月 2 3 日から 平成〇〇年 3 月 2 日まで 9 8 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)		報酬の支払いがあった日は、報酬額により出産手当金額を調整します。
	平成〇〇年 〇 月 〇 日	被保険者氏名	健保 国子 (健印)
医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	平成〇〇年 1 月 5 日	分娩年月日
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	出産
	出生児の数	単胎・多胎(児)	死(流)産
	上記のとおり相違ないことを証明します。		4カ月を超える出産であれば、死産であっても支給。
	平成〇〇年 〇 月 〇 日	〇〇産婦人科病院 〒000-0000 〇〇市△△区××町1-1	妊娠 10 カ月 又は、第 週
	医療施設の名称・所在地	医師 〇〇 〇〇 (印)	
事業主証明欄	労務に服しなかった期間	平成20年 11月 23日から 平成21年 3月 2日まで	9 8 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。	事業主の証明が必要です。	
	平成〇〇年 〇 月 〇 日	事業主 住所 氏名	代表 (印)

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。