

事業所担当者( )<経由>→健保組合

## 出産手当金 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名		
	③事業所の名称				
	④分娩予定日	年 月 日	⑤分娩日	年 月 日	
	⑥分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間		
	⑦ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号
			普通 当座		

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

印

電話番号

( )

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

事 業 主 証 明 欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
	上記期間中の報酬状況	全額支給	年 月 日から 年 月 日までの分として金.....円 (日額: ) 月 日支払
	一部支給	年 月 日から 年 月 日までの分として金.....円 (日額: ) 月 日支払	
	不支給の場合はその旨		
上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日			
事業主 住所			
氏名			
印			

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分娩年月日	年 月 日	分 娩 単胎	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多胎 ( 児)	
	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。			
年 月 日				
医療機関の所在地 名 称				
医師・助産師の氏名				
電話番号 ( )				
印				