

事業所担当者( )<経由>→健保組合  
 ※担当者を記入してください

## 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 1 番号 54321	②被保険者 の氏名	健保 康子		
	③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社			③籍を置いている会社名を記入してください。	
	④分娩予定日	R5年 2月 24日	⑤分娩日	R5年 2月 22日		
	④～⑥実際の日を記入してください。					
	⑥分娩のため 休んだ期間	R5年 1月 14日 から R5年 4月 19日 まで	96 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	名義(カタカナで記入)
		〇〇銀行	△△支店	普通	6543210	ケンポ ヤスコ
⑦被保険者(社員本人)の口座を記入してください。						

上記のとおり請求します。

R5年 4月 30日

被保険者の住所 321-7654

××市〇〇区△△1-2-3-301

氏名 健保 康子

電話番号 06 ( 6321 )7654

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 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			
代表者氏名			

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(妊娠 ヶ月)	
	意見書欄・・・医師または助産師に記入してもらってください。			
	年 月 日			
	医療機関の所在地 名称			
医師・助産師の署名				
電話番号 ( )				