

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 1 番号 12345	②被保険者 の氏名	健保 花子		
	③事業所の名称	ヤンマー株式会社				
	④分娩予定日	平成25年 4月 1日	⑤分娩日	平成25年 4月 3日		
	⑥分娩のため 休んだ期間	平成25年 2月 19日 から 平成25年 5月 29日 まで		100	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)
		△銀行	××支店	普通 当座	0123456	ケンホ° ハナコ

上記のとおり請求します。

平成25年 5月 30日

被保険者の住所 〒 123-4567

⑥の休んだ期間が過ぎてから提出してください。
日付は休んだ期間以後の日を記入ください。
(産前・産後を分割して申請される場合除く)

△△市 ××1-2-3

氏名 健保 花子



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	事業主に証明をもらってください。	金 _____ 円 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			

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 多胎 (児)	
	分娩予定年月日	年 月 日		
	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	出産された医療機関等にて証明をもらってください。		
医師・助産師の氏名				
電話番号 ()				