

課長	担当

## 出産手当金請求書

記号	番号	事業所の名称	被保険者氏名	標準報酬月額		
8	1234	〇〇株式会社	健保 太郎	千円		
資格取得	昭和・平成 令和	20 年 1 月 1 日	資格喪失	平成 令和	年 月 日	
分娩予定日	平成 令和	元年 9 月 1 日	分娩のため 休んだ期間	自 平成 令和	元年 7 月 22 日	計
分娩年月日	平成 令和	元年 9 月 10 日		至 平成 令和	元年 11 月 5 日	98 日間
上記により請求いたします。		〒 799-0101				
被保険者 住所		愛媛県四国中央市三島〇〇町△番地				
電話		(0896) 24-5055				
氏名		健保 太郎		健保 印保		
(委任の場合)		を代理人として上記金額の受取方を委任します。				
(振込先金融機関名)	支店名	預金種別	(口座番号)	(口座名義)		
ふりがな	ふりがな			ふりがな		
いよ 伊予	銀行 金庫 農協	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	けんぼ たろう 健保 太郎		

※ 出産手当金を申請後口座名義を変更した場合は、必ず健康保険組合まで連絡して

旧姓の口座名義をお持ちの方は、「旧姓」でご記入下さい。

※お振込み前こ名義変更をされた方は、必ず当組合へご連絡下さい。

医師 又は 助産婦 の 証明 欄	分娩予定日	平成 令和	元年 9 月 1 日	生産又は死産の別	生産・死
	分娩年月日	平成 令和	元年 9 月 10 日	出生児の数	単胎・
	令和 元年 10 月 25 日 上記の通り相違ないことを証明する。 所在地 愛媛県〇〇〇市〇〇〇町 1-2-3 医師又は助産婦名 健保医院 大王次郎				

大王  
印