

提出日 令和 年 月 日

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
				千円
資格取得	昭和・平成 令和	年 月 日	資格喪失	平成 令和
分娩予定日	平成 令和	年 月 日	分娩のため 休んだ期間	自 平成 令和
分娩年月日	平成 令和	年 月 日		至 平成 令和
上記により請求いたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: auto;"> 被保険者 住所 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: auto;"> 電 話 — — </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: auto;"> 氏 名 印 </div>				
(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	1. 普通 2. 当座		ふりがな
銀行	支店			
金庫				
農協				

※ 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ください。

医師 又は 助産婦 の 証 明 欄	分娩予定日	平成 令和	年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヲ月)
	分娩年月日	平成 令和	年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)
	令和 年 月 日 上記の通り相違ないことを証明する。 所在地 医師又は助産婦名 印				