

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	年 月 日
上記により請求いたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <span>被保険者 住所</span> <span>〒</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <span>電 話</span> <span>— —</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <span>氏 名</span> <span>印</span> </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 <div style="float: right; margin-top: 10px;">印</div>				