

記入例

支給決定額 _____ 円 (健保組合使用欄)

出産手当金請求書

記号 — 番号	事業所の名称		被保険者氏名	
1 — 12345 ※1	大王製紙株式会社		大王 花子	
住所			電話番号	
〒 799 — 0403 愛媛県四国中央市三島朝日〇〇番地			(0000) 1234 — 5678	
分娩予定日	令和 6 年 9 月 1 日	分娩年月日	令和 6 年 9 月 10 日	
分娩のため 休んだ期間	令和 6 年 7 月 22 日 ~		令和 6 年 11 月 5 日	
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児(児)			
(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 いよ 伊予 銀行 金庫 農協	ふりがな みしま 三島 支店	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな だいおう はなこ 大王 花子

医師又は 助産師の 証明欄	分娩予定日	令和 6 年 9 月 1 日	生産又は 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 カ月)(日)
	分娩年月日	令和 6 年 9 月 10 日	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	令和 6 年 10 月 25 日 上記の通り相違ないことを証明する。 所在地 愛媛県四国中央市川之江町〇〇番地 医師又は助産婦名 〇〇病院 〇〇〇〇			

医療又は助産師の証明欄

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。