

出産手当金請求書

【被保険者への注意事項】

1、②および⑦は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
 2、⑧は「賃金支払内訳票など」をみればわかります。
 3、⑨の「分娩前、分娩後」の別、⑩の(A)、⑫の(A)および⑬の(B)の④と⑤は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
 4、給付金の受領方を他人に委任するときは（銀行振込の場合は口座名義人に委任）委任状に記入押印して下さい。

② 被保険者証の記号と番号		③ 被保険者の氏名と印		フリガナ		④	
⑤ 被保険者の現住所		〒 TEL					
⑥ 被保険者の勤務する事業所名							
⑦ 被保険者の資格を取得した日		昭和 年 月 日		⑧ 被保険者の標準報酬月額		千円	
⑨ (A) この請求は分娩前のものですか、分娩後のものですか				分娩前 ・ 分娩後			
⑨ (B) 分娩年月日及び		平成 年 月 日		分娩予定		平成 年 月 日	
⑩ 分娩のため休んだ期間		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで			
⑪ (A) うえの⑩に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、または受けられますか				受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない			
⑪ (B) 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった（なる）期間		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで			
⑫ (A) 入院して分娩しましたか、入院しないで分娩しましたか				入院分娩 ・ 入院外分娩			
⑬ (B) ⑦ 病院又は産院名		⑭ 病院又は産院の所在地					
⑮ 入院して分娩したとき		⑯ 入院した期間		平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで	
⑰ 被扶養者がいる者		⑱ 被扶養者との続柄		氏名 生年月日			

支払希望銀行等 (該当する番号を○でかこみ必要事項を記入してください。)

1. 請求者名義の次の口座に振込んでください。	金融機関名	銀行	支店
2. 委任状 この給付金の受領を次の者に委任します。	預金種別	普通	
請求者氏名	口座番号	Na	
受領代理人	住所	口座名義	個人
氏名		氏名	法人
受領代理人名義の次の口座に振込んでください。			

平成 年 月 日 提出

事業主が記入するところ	⑬ 労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	⑭ うえの期間中として支払う報酬関係	⑰ 全額支払した場合または支払する場合	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	金 円 日額金 円 (月 日支払)
		⑱ 一部支払した場合または支払する場合	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	金 円 日額金 円 (月 日支払)
⑲ 現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨		⑳ ①の支払内訳		基本給 円 精動手当 円 役付手当 円 家族手当 円 住宅手当 円	
うえのとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日					
⑳ 住所					
㉑ 氏名					
㉒ 電話 ()					

医師又は助産婦が意見をかくところ	㉓ 分娩年月日及び分娩予定年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	分娩
	㉔ 分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	㉕ 分娩後のときは、生産又は死産の別及び出産児の数	生産 ・ 死産 (妊娠 週) 単胎 ・ 多胎 (児)
	㉖ 入院して分娩したときは、その期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間
うえのとおり相違ありません。				
平成 年 月 日				
㉘ 住所				
㉙ 職名 ()				
㉚ 氏名				
㉛ 電話 ()				

【事業主の注意事項】
 5、⑭の「全額支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全部または一部の意味です。
 6、⑰の⑦と⑱にわたるときは、両欄のそれぞれの事柄を記載して下さい。
 7、被保険者の資格を喪失した後の期間にかかる請求であるときは事業主の証明を要しません。
 8、請求に際しては被保険者の賃金台帳、出勤簿をご提示下さい。

【医師又は助産婦への注意事項】
 9、⑲、⑳および㉑の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんで下さい。
 10、㉒欄の「死産」を丸でかこんだ場合は、妊娠幾週の死産であるかを当該欄に付記して下さい。

東京貨物運送健康保険組合

12、印はハッキリと押し、印もれのないように注意して下さい。
 13、訂正したところには、各記載者の氏名のわきに押した印と同じ印（①から⑫までの訂正箇所には④の印、⑬から⑰までの訂正箇所には⑱の印、⑱から㉑までの訂正箇所には㉒の印）を訂正印として押して下さい。