

# 健康保険 出産手当金 請求書

神戸製鋼所健康保険組合 御中

令和 年 月 日 請求

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 <small>※枝番記入不要</small>		出産日及び出産予定日				
	事業所名		出産日	出産予定日			
	被保険者(請求人)の氏名		令和 年 月 日	令和 年 月 日			
	被保険者住所	〒 -	出産のために休業した期間 (請求期間)				
			自： 令和 年 月 日	至： 令和 年 月 日			
		電話 ( ) -	出産種別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 人)			
	病院・産院等の住所及び名称		資格喪失後に請求するとき				
	住所：			入社日	昭・平・令 年 月 日		
	名称：			退職日	令和 年 月 日		
		電話：( ) -					
委任状	<b>※退職者・任継者は記載不要</b> 神戸製鋼所健康保険組合から支給される保険給付費の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (自署)						
支払方法	請求人が一般被保険者、任意継続被保険者以外の場合、各人の銀行口座(請求人の名義に限る)に振込みますので、右欄に必要事項を記入してください。		銀行名：	支店名：			

医師等の意見欄	出産日及び出産予定日		左記の通り相違ありません。 令和 年 月 日			
	出 産 日	令和 年 月 日	住 所： 医療機関名： 医師又は助産師氏名：			
	出産予定日	令和 年 月 日				
	出産児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)				
	妊娠期間	ヶ月				
生産・死産等の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠第 週)					

事業主の証明欄	出産のために休業した期間	自 令和 年 月 日	左記の通り相違ありません。 令和 年 月 日				
		至 令和 年 月 日					
	上記期間中に、報酬の全部又は一部を支給した期間及び金額	自 令和 年 月 日					住 所 事業主名
		至 令和 年 月 日					
					円		

健康保険組合記入欄		日 額	支給期間	日数
支給日	令和 年 月 日	平均日額	自： 月 日	日間
		円	至： 月 日	
伝票番号		2/3	支給決定額	
		円		

受 付 印

※事業主経由で給与に合算して支払う場合、支払事務のため被保険者名と給付金額を事業主へ連絡します。