

健康保険 出産手当金 請求書

神戸製鋼所健康保険組合 番号は右詰めで記入してください※枝番は記入不要 令和〇〇年〇〇月〇〇日 請求

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号 ※枝番記入不要	1	2	3			4	5	6	7	出産日及び出産予定日						
	事業所名	会社名又は事業所名を記入									出産日	出産予定日					
	被保険者(請求人)の氏名	健康 花子									令和□□年□□月□□日	令和□□年□□月□□日					
	被保険者 住 所	〒 123 - 4567									出産のために休業した期間 (請求期間)						
		〇〇市〇〇町1-2-3									自： 令和〇〇年〇〇月〇〇日	至： 令和〇〇年△△月△△日					
		電話 (123) 456 - 7891									出産 種別	☒ 単胎 ☐ 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：〇〇市□□町2-3-4										入社日	昭・平・令 年 月 日					
	名称：△△病院										退職日	令和 年 月 日					
	電話：(012)345-6789																
委任状	※退職者・任継者は記載不要 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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名 (自署) ご一読の上、署名をお願いいたします。																
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は、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：						
										当座・普通	口座番号						
										名義(ｶﾅﾅ)：							

医 師 等 の 意 見 欄	出産日及び出産予定日		上記の通り相違ありません。 令和〇〇年〇〇月〇〇日									
	出 産 日	令和□□年□□月□□日	住 所：〇〇市〇〇町4-5-6									
	出産予定日	令和□□年□□月□□日	医療機関名：□□□□病院									
	出産児数	☒ 単胎 ☐ 多胎 (児)	医師又は 助産師氏名：助産 二郎									
	妊娠期間	〇〇 ヶ月										
生産・死産等の別	☒ 生産 ☐ 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 令和〇〇年〇〇月〇〇日	左記の通り相違ありません。 令和〇〇年〇〇月〇〇日												
		至 令和〇〇年△△月△△日	住 所 〇〇市〇〇町7-8-9												
	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 令和〇〇年〇〇月〇〇日	事業主名 △△△△株式会社												
		至 令和〇〇年××月××日	代表取締役 △△ 〇〇												
			5	0	0	0	0	円							

注意事項

○休業期間について
この請求書には休業期間に関して、『①本人の請求期間 ②事業主(会社)の出産のために休業した期間』の記入が必要ですが、その期間は原則として同一でなければなりません。
期間が異なっている場合は、いずれか短い期間が給付対象期間となります。

○出産日・出産予定日
出産予定日・出産日は出産手当金の給付期間を算定するために重要な期間です。
医師又は助産師の証明日が優先しますので、よく確認して記入してください。
出産日は産前に含まれます。

○請求期間について
出産前に請求する際は出産予定日のみの記入で支給が可能です。
ただし、産前分のみ支給となりますので産後分の申請が別途必要となります。