出産手当金請求書（第　　回）

産前・産後分けてもよい

被保険者が記入するところ

① 被保険者の記号・番号	記号	099	番号	111	② 被保険者氏名 健保　花子
③ 被保険者の現住所	〒 999-9999　富山市牛島新町９－９　TEL　076-　444　-9999				
④ 事業所の名称	㈱＊＊＊＊＊				
⑤ 出産した年月日	令和　4年　4月　2日	⑥出産のため休んだ期間	令和　4年　2月20日から　令和　4年　5月28日まで　98日間		
⑦ 入院して出産した場合その病院・産院の	名称	○○クリニック	所在地	富山市○○○	
⑧ 振込先（被保険者名義の口座を指定）	銀行名	○○銀行	口座番号	(1.普通) 2.当座	0 3 3 3 3 3 3
	支店名	○○支店	名義（カタカナ）	ケンポ　ハナコ	
			⑨ 令和　年　月　日 提出		

※資格を喪失して6ヶ月以内の出産のときは、自宅又は実家の電話番号をご記入ください。（必ず連絡が取れるもの）

□本請求書の提出を事業主へ委任します。（事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出する場合は☑）

被保険者（請求者）名義の口座を正確にご記入ください

医師又は助産師の証明

⑩ 出産した年月日	令和　日	⑪ 生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ月）
⑩ 出産予定年月日	令和　年　月　日	⑫ 単胎又は多胎の別	単胎　・　多胎

⑬ 上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

住　所

医療施設名

氏　名

医師又は助産師が証明

事業主が証明するところ

⑭ 労務に服さなかった期間	令和　年　月　日 から　令和　年　月　日 まで　日間	
⑮ 上記期間中報酬の全部又は一部を支給したとき	期間：令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　日間	金額　円

⑯ 上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

住所

事業所名

事業主名

事業主が証明

備考欄												

受付日付印

TISインテックグループ健康保険組合

R6.12