

# 出産手当金請求書 (第 回)

産前・産後  
分けてもよい

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	① 被保険者証の	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	(株)*****												
	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 98日間 令和 4年 5月28日まで										
	⑦ 入院して出産した場 合その病院・産院の	名称	〇〇クリニック			所在地	富山市〇〇〇							
	⑧ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名	〇〇銀行			口座番号	1.普通	2.当座	0	3	3	3	3	3
		支店名	〇〇支店			名 義 (加付)	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☑)

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	⑩ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑪ 生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 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。				
住所	医師又は助産師が証明			令和 年 月 日	
医療施設名					
氏名					

被保険者(請求者)名義  
の口座を正確にご記入く  
ださい

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑭ 労務に服さなかつ た期間	令和 年 月 日 から 日間	令和 年 月 日 まで		
	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 日間	金額	円
	⑯ 上記のとおり相違ありません。				
住所	事業主が証明			令和 年 月 日	
事業所名					
事業主名					

TIインテックグループ健康保険組合

備考欄										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印