出産手当金請求書（第　　回）

被保険者が記入するところ

① 被保険者の記号・番号	記号		番号		② 被保険者氏名	
③ 被保険者の現住所	〒　　TEL				
④ 事業所の名称					
⑤ 出産した年月日	令和　年　月　日	⑥出産のため休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間		
⑦ 入院して出産した場合その病院・産院の	名称		所在地		
⑧ 振込先（被保険者名義の口座を指定）	銀行名		口座番号	1.普通　2.当座	
	支店名		名　義（ｶﾀｶﾅ）		

⑨ 令和　年　月　日 提出

□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　ヶ月）
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

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

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