

健康保険 出産手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証 記号と番号	フリガナ	生年月日		
		被保険者 氏名	昭和 平成		
	被保険者 の現住所	〒 - 電話() -			
	事業所名	標準報酬月額	千円		
	分娩予定年月日	平成 年 月 日	単胎または 多胎妊娠の	単胎 多胎 (人)	
	分娩年月日	平成 年 月 日			
	分娩のため 休んだ期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間		
	うえの に書いた期間の分として報酬(賃金) の支払を受けましたか、又は受けられますか	受けた・受けられる・受けられない			
	報酬の支払を受けたとき又は受けられる ときは、その報酬の額とその報酬額支払 の基礎となった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間 円		
	入院の費用を 健康保険本人 の扱いとして 入院したとき	健康保険本人 扱いの入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
入院した病院の名称		入院した病院の所在地		被扶養者の有無	
				ある・ない	
被扶養者の氏名 生年月日・続柄		氏名	生年 月日	明大昭平 ・	続 柄

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日			
	被保険者 住所 氏名		
	代理人 住所 氏名		
払渡希望銀行名	銀行 信用金庫		支店	
口 座 番 号	1.普通預金	口 座 名 義	フリガナ	
	2.当座預金		氏名	

被保険者以外の口座に振り込みをご希望の場合は の委任状欄にもご記入ください。

平成 年 月 日提出
神戸機械金属健康保険組合理事長殿 受付日付印

(記入上の注意)

ははっきり押し、また印もれのないようにしてください。訂正したときは、それぞれの欄の記入者は氏名の末尾に押した印と同じ印を、訂正印として押してください。

なお、被保険者の押印については氏名を本人自ら署名した場合は押印を不要とし、本人の自署以外の場合は、本人の押印を必要とします。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の、事業主の、医師又は助産師の については、押印の省略はできません。

事 業 主 の 証 明 す る と こ ろ	労務に服さ なかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	月給者 被保険者は 日給月給者 日給者
	上記期間中報酬の全部又は一部を支給したときはその期間及び額を記入してください。			
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	円	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話() -			

- は事業所の出勤簿、賃金台帳、給与規定等を照合の上ご記入ください。
- は報酬の支払に関係なく実際に休んだ期間をご記入ください。
- 賃金台帳(写)及び、出勤簿(写)又はタイムカード(写)を必ず添付してください。

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を か く と こ ろ	分娩予定年月日	平成 年 月 日	単胎または 多胎妊娠の別	・単胎 ・多胎 (人)
	分娩年月日	平成 年 月 日		
	分娩後のときは正常 分娩・異常分娩の別	正常・異常	生産・死産の別	・生産 ・死産(妊娠 力月)
	入院の費用を健康 保険本人扱いとし て入院した期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	左に該当したときは 被保険者証の記号・番号
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師・助産師氏名 電話() -				