

記入例

出産手当金請求書

【第 1 回目】

健康保険組合理事長殿 令和 3 年 4 月 1 日

被保険者 住所 〒 145-1234 東京都大田区〇〇町1-2-3
氏名 青空 夕子

下記のとおり請求します。

記号・番号	1-7654321	事業所名称	アルプスアルパイン株式会社		
分娩前・分娩後の別	前 ・ 後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日と 分娩のあった年月日	分娩予定日	3	年 3 月 4 日
			分娩日	3	年 3 月 3 日
分娩のため 休んだ期間	3 年 1 月 22 日 から		97 日間		
	3 年 4 月 28 日 まで				
うへの期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたとき または受けられるときはその報酬額および期間			年 月 日 から	年 月 日 まで	日分
			円		

*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関名		支店名	
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座名義(カナ)	
口座番号			

*医師または助産師の記入は必須です

分娩年月日	年 月 日	出生数	単胎 ・ 多胎(児)
分娩予定年月日	医師または助産師に記入を依頼してください		
正常分娩または 異常分娩の別			
上記載の内容に相違がないことを証明いたします。			
年 月 日			
住所 (職名) 氏名			

*退職後の期間については記入不要です

労務に服さな かった期間	年 月 日 から	日間
	年 月 日 まで	
うへの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給 の場合	年 月 日 から 金 円
	一部支給 の場合	在職期間に対する請求の場合 各事業所の社会保険担当者が記入致します
	支給しない 場合	
【確認欄】 *記載内容を確認し、チェックをお願いします。		
<input type="checkbox"/> 上記記載の内容に相違がないことを証明いたします。		
年 月 日		
事業主 住所 氏名		

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和 3 年 4 月 1 日

被保険者 住所 東京都大田区〇〇町1-2-3
氏名 青空 夕子

代理人 各事業所の社会保険担当者が記入致します
(任意継続被保険者は記入不要)

委任者と代理人との関係

(事) 社会保険担当者印 健保組合受付印

退職後に給付金を受領する方
および任意継続被保険者は
記入不要です

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。