

健保組合が記入する欄

出産手当金請求書

(第 1 回目)

被保険者の 記号番号枝番	6010 - 1234567 - 01	標準報酬 月額	300	千円
資格取得 年月日	H 25 年 4 月 1 日	資格喪失 年月日	R 1 年 11 月 1 日	
分娩予定 年月日	R 1 年 10 月 1 日	分娩年月日	R 1 年 9 月 25 日	
分娩のため 休んだ 期間中に 報酬の支 払を受けた 場合を 期間と金 額	全期間		一部期間	
	自 1 年 8 月 14 日	至 1 年 8 月 19 日	自 1 年 8 月 20 日	至 1 年 8 月 31 日
	6 日間		12 日間	
	〇〇,〇〇〇 円を受けた		〇〇,〇〇〇 円を受けた	
支給開始日 年月日	自 1 年 8 月 14 日	至 1 年 11 月 19 日	98 日間	
☆退職者又は任意継続被保険者のみ(現役社員は記入不要)				
振込先 選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input checked="" type="checkbox"/> その他の振込先を希望する <small>※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。(但し被保険者の銀行口座に限る。)</small>			
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号
	〇×銀行	▲□支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 × × ×

兼松健康保険組合理事長 殿

令和 2 年 1 月 12 日 上記のとおり請求します。

被保険者氏名 兼松 花子

※記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。
個人番号を使用されたい場合は、記号番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

事業主が記入する欄

療養を担当した医師が
記入する欄

自 1 年 11 月 1 日
至 1 年 11 月 19 日

19 日間無職無収入でありました。

上記のとおり相違ありません。

令和 2 年 1 月 12 日

被保険者氏名 兼松 花子

◎退職された方で、請求期間内に無職で他の収入が無かった方は、当該当欄に本人が証明して下さい。
◎この請求をする時は、「医師又は助産婦」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、健保組合に提出して下さい。
◎この様式は、女子被保険者が分娩して、その産前産後を通じて会社を休み、休んだ期間の報酬の支給を受けられなかった場合に請求するものです。
◎請求上の注意