

健康保険 出産手当金・出産手当付加金請求書（第 回）

		令和 年 月 日提出		
被保険者（請求者）の記入欄	被保険者記号・番号	事業所の名称		
	—			
	被保険者の氏名	住所	〒	
		電話		
	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日
	入院して分娩したとき	病院又は診療所の名称、所在地		
分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	期間中に報酬を受けたときはその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
振込先の確認	本請求に基づく給付金は以下の口座に振込みます。（確認後□にチェック[✓]を付けてください。）			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 在職者：事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み <input type="checkbox"/> 任意継続者：資格取得申請書に記載された振込口座		
※上記振込先ではなくマイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合⇒ <input type="checkbox"/> (チェック[✓]してください)				
医師または助産師の証明欄	分娩予定年月日	令和 年 月 日	分娩年月日 令和 年 月 日	
	正常分娩または異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生 産 妊 娠 カ月	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	死(流)産 又は、第 週	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ⑨ [自署の場合は押印不要]			
事業主証明欄	労務に服しなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	上記期間中に報酬を支給したとき (支給すべきものであること)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
	上記期間に支給した報酬額	円	報酬日額 円	
	賃金の種類(該当するものに○)	月給・日給月給・日給・時給・その他()		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名				

武田薬品健康保険組合

◎武田薬品の方は本社人事届出申請窓口へ、武田薬品以外の方は各会社の人事担当者に提出してください。

◎出生の証明については、医師または助産師の証明が必要となります。