

出産手当金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証 の		被保険者 氏名			
	記号	番号				
	被保険者 住所	〒				
	被保険者 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		標準報酬月額	千円	
	事業所名			出産前・後 の別	出産前・出産後	
	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日		
	出産のために休んだ 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間				
	上記の期間の報酬の全部又は一部を受けたとき又は受けられるときはその報酬額及び期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日分		金額 _____ 円		
	振込希望 口座	銀行 信用金庫		本店 支店	普通・当座	
		口座番号	口座名義 (カタカナで記入願います)			
上記のとおり請求します。 横浜港運健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日提出						

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	出産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電 話				

事 業 主 の 証 明 書	労務に服さなかった 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日間				
	上記期間 中の分として支払う 報酬関係	全部支給 の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日分 令和 年 月 日支払 金額 _____ 円 (日額 _____ 円)			
		一部支給 の場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの 日分 令和 年 月 日支払 金額 _____ 円 (日額 _____ 円)			
	支給しない場合					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話					

委 任 状	令和 年 月 日	
	出産手当金の受領を事業所の被委任者へ委任します。	
	被委任者氏名	
	被保険者氏名	