

出産手当金請求書（第 回目）

記入見本

被
保
険
者
の
記
入
欄

被保険者証の記号番号		被保険者氏名		事業所の名称	
1010 — 4567		日触 愛子		日本触媒 大阪本社	
被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です）					
出産のために実際に休んだ期間 自 R5年3月11日 98 日間 R5年4月22日 R5年4月21日 至 R5年6月17日					
請求区分		単胎・多胎妊娠の別		出生児の氏名	
実出産・予定出産		単胎・多胎		日触 翔太	
続柄		長男			
上記により請求する。 請求者住所 吹田市〇〇					
R5年6月25日					
日本触媒健康保険組合理事長殿					

出産のために**実際に休んだ日（公休・有休日を含む）**を記入
※産前分・産後分など複数回に分けて請求も可能

この請求書は請求期間が経過する前に提出はできません。
請求期間が経過した後にご提出ください。

医
師
・
助
産
師
の
証
明
欄

出産年月日		出産予定年月日		生産または死産の別	
年 月 日		年 月 日		生産・死産（妊娠 ヶ月）	
入院して出産したときはその期間 自 年 月 日 日間 至 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。 年 月 日					
医師・助産師氏名					

医師又は助産師に証明してもらうこと

妊娠4ヶ月（85日）以上の出産なら請求できます。
（早産・死産・人工中絶も含む）

事
業
主
の
証
明
欄

労務に服さなかった期間		左記のとおり相違ありません。	
自 R5 年3月11日 98 日間 至 R5 年6月17日		労務に服さなかった期間のうち報酬を支給した期間を事業主が証明 ※ 出勤簿・賃金台帳などと確認のうえ、間違わないように！ 報酬の一部のみを支給した場合はご連絡ください。	
報酬を全部または一部を支給した場合			
自 R5 年3月11日 15 日 至 R5 年3月25日 全額 円			

被
保
険
者
・
事
業
主
の
記
入
欄

委任状		受付印	
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を 下記の者に委任いたします。 R5年6月25日 被保険者住所 吹田市〇〇 氏名 日触 愛子 上記委任を受任いたします。 被委任者住所 氏名 日本触媒健康保険組合理事長殿		在職中の請求⇒被保険者が記名し 事業所へ提出 退職後の請求⇒記入は不要 直接健保へ提出	

組
合
の
記
入
欄

支給開始日および期間		資格取得		標準報酬月額		支給決定	
開始 年 月 日		年 月 日		千円		年 月 日	
自 年 月 日		資格喪失		支給決定金額		常務理事 事務長 係	
至 年 月 日		年 月 日		円			
(日間)							