

- ・請求書はA4版2枚となりますので、離れないようにご注意ください。両面印刷は不要です。
- ・漏れなく記入してください。自署でない場合は押印が必要となります。

1 2 健康保険 出産手当金・付加金請求書										被保険者 (申請者) 記入用	
被保険者証の記号		2 3 1 2		番号		2 0 0 0		被保険者の氏名 (請求者)		健保 みどり	
被保険者の住所 及び電話番号		〒 231-0000		電話		045 (0000) 0000		と生年月日		昭和・平成 令和 3年 4月 1日	
被保険者の勤務する (していた) 事業所名		〇〇病院		被保険者の職種		事務職					
出産日		平成 令和 2年 4月 11日									
出産予定日		平成 令和 2年 4月 17日									
出生児の数		単胎		多胎 (児)							
出産のため休んだ期間 (請求期間)		平成 令和 2年 3月 1日から		平成 令和 2年 6月 6日まで		98		日間			
上記の期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。		受けた		受けていない		今後受ける		今後受けない			
報酬の支払を「受けた(今後受ける)」ときは、その報酬の額と、その期間		平・令 3年 3月 1日から平・令 3年 3月 31日まで		81,000		円					
備考欄											

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は「備考欄」に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要となります。)

金融機関先	金融機関コード	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
		<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 本店	口座名義人 (カタカナ)	ケンボ ミドリ		
		<input type="checkbox"/> 金庫	区内	<input type="checkbox"/> 支店				
		<input type="checkbox"/> 組合						

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。		受付日付印
被保険者 (請求者) の氏名と印	平成 28年 12月 21日	代理人住所 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイツ〇〇号室	
		代理人氏名と印 健康 花子	
		代理人連絡先 電話 045 (999) 0000	

被保険者(被保険者死亡の際は請求者)氏名をご記入ください。

被保険者(被保険者死亡の際は請求者)のご住所をご記入ください。

出産日、出産予定日をご記入ください。

従来どおり被保険者記号・番号をご記入いただいた場合は、マイナンバーの記入は不要です。

通帳を確認のうえ、正確にご記入ください。
ゆうちょ銀行を指定する場合は、振込み用の「店番」と、「口座番号」をご記入ください。

- ・被保険者以外の口座を指定する場合は、委任が必要です。

受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。		受付日付印
被保険者 (請求者) の氏名と印	平成 28年 12月 21日	代理人住所 横浜市中区長者町〇〇-〇〇 〇〇ハイツ〇〇号室	
		代理人氏名と印 健康 花子	
		代理人連絡先 電話 045 (999) 0000	

それぞれ別の印を使用してください。

