健保記入欄	常務理事	事務長	係員	係員	資格取得年月日	資格喪失年月日	受付整理No.
					昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日	
					支給決定年月日	支給予定年月日	標準報酬月額
	支給額	円			令和　年　月　日	令和　年　月　日	千円/　円
					支給期間	令和　年　月　日～　月　日迄（　日間）	

受付年月日

健康保険　出産手当金　請求書

※ ②に医師または助産師の証明を受けた後、産後56日経過後に事業主へご提出ください。

①：被保険者記入欄

健康保険証の記号・番号	—	会社箇所名 勤務先電話	 — —
被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭和・平成　年　月　日
出産日	令和　年　月　日	出産予定日	令和　年　月　日
出産のため休んだ期間	令和　年　月　日　～　令和　年　月　日まで　日間		
被保険者名義の振込先口座	銀行　支店	普通・当座	口座番号：　カタカナ 口座名義：
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください	記号：　番号：	

近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿

上記のとおり、出産手当金を請求します。　連絡先（携帯）電話　-　-

令和　年　月　日　〒

住所

被保険者の署名

②：医師・助産師記入欄

出産者の氏名			
出産日	令和　年　月　日	出産予定日	令和　年　月　日
生産・死産の別	生産　・　死産（妊娠　ヵ月）	出生児の数	単胎　・　多胎（　児）

上のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療施設などの 所在地 名称

医師または助産師の 署名　電話　—　—

③：事業主記入欄

労務に服さなかった期間	**※「産前産後休業取得者申出書」の”産前産後休業期間”と同じ期間をご記入ください。** 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日まで　（　日間）	
上の期間中に支払った報酬はありますか？	「ある」場合は、下のA・Bに詳細をご記入ください。 「ない」場合は、下のA・Bの金額欄に『なし』とご記入ください。	
A：全額を支払った期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	金　円　（日額　円）　／　支払
B：通勤交通費を支払った期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	金　円　（日額　円）　／　支払
添付書類	□ 出勤簿の写し　月　～　月分　（計　枚） □ 賃金台帳の写し　月　～　月分　（計　枚）	

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名　電話　—　—

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄（医師証明後に記入）　→

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。