

健康保険 出産手当金請求書

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

〈被保険者記入上の注意〉

- ・ 「被保険者記入欄」は被保険者が自ら記入してください。
- ・ 訂正した場合、線を引いて訂正印を押し、正しく記入。修整液等の使用は不可。
- ・ 「被保険者記入欄」を記載後、「医師又は助産師の証明欄」を記載していただき、事業所健保担当窓口へ提出してください。

健保受付番号

被 保 険 者 記 入 欄	記載日：令和 年 月 日			被保険者証の記号-番号		—		—		
	事業所名 <small>(出向者は原籍の会社名)</small>			被保険者 氏 名		フリガナ		印		
	所属部署名									
	職場外線TEL		生年月日		昭和・平成 年 月 日					
	分娩のため 労務に服 さなかつ た期間		分娩のために休み始めた日(有休・公休も含む)から、 分娩後56日までを記入。		住 所		〒			
			自：平・令 年 月 日						固定	
			至：平・令 年 月 日		電話番号		携帯		— —	
			(日間)							
	【振込先記入欄】 給与振込口座を記入してください。				分娩予定日		平成・令和 年 月 日			
					分娩日		平成・令和 年 月 日			
金融機関名称		本・支店名		種別		口座番号		名義人名		事業所担当者 口座確認印
コードNO		コードNO		普通				フリガナ(カタカナ)も記載してください。		
ゆうちょ銀行		記号(5桁)		/ / / / /						
		番号(8桁)		/ / / / /						
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。)							備 考			
※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票 写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。										

※被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の印は不要です。

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定日	平成・令和 年 月 日	左のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 (証明者の医療機関の住所・名称・電話番号等) (証明者の職・氏名・印)
	分 娩 日	平成・令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎	
	生産・死産 の別	生産 ・ 死産	
	(死産の時) 在胎週数	第 週 日	

(印)

