

受付印

出産手当金 請求書

出産手当付加金

◎別紙に医師または助産婦の出産に関する証明をうけてください。
◎消せるボールペンで記入した場合は、書き直しをしていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号・番号		被保険者の 氏 名	自署の場合は捺印省略可 印	
	資格取得 年 月 日	平成 令和	年 月 日	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日
	被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎⇒(児)
	出産予定日	令和	年 月 日	出 産 日	令和 年 月 日
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	に委任します。	
上記に関する請求金の受領を 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名					
事 業 主 (場 所 長) の 証 明	療養のため休んだ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間		
	上記期間中において の報酬金額	令和 年 月 日 令和 年 月 日	日間	¥ _____ (日額 円)	
	備 考				
上記のとおり相違ないことを証明します。 【証明日】 令和 年 月 日 所在地 事業主 氏 名					

キリンビール健康保険組合御中

備考欄

調査印

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください。
- ◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

のりづけ

医師または助産師が意見を書くところ	
出 産 者 氏 名	
分 娩 予 定 年 月 日	令和 年 月 日
分 娩 年 月 日	令和 年 月 日
出 生 児 の 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎⇒(児)
生 産 または 死 産 の 別	<input type="checkbox"/> 生 産 <input type="checkbox"/> 死 産 ⇒ (妊 娠 週 日)
上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日	
医療施設の所在地	
医療施設の名 称	
電 話	
医師・助産師の氏名	