受付印

出産手当金 出産手当付加金 請求書

◎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不可。書き直してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可 ㊞
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒		—	—
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	□単胎 □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		

上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記の事業主に委任します。

令和 年 月 日

被保険者 住所
氏名
電話 ( )

事業主証明欄

出産のため休んだ期間		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日間
上記期間中の報酬について	全額支給した期間	自 令和 年 月 日 日間 合計 円 至 令和 年 月 日 として（日額 円）
	一部支給した期間	自 令和 年 月 日 日間 合計 円 至 令和 年 月 日 として（日額 円）
	支給なしの期間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日
	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

事業主 所在地
氏名

キンビール健康保険組合御中

調査印

備考欄	

◇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。

2025.4

のりづけ

医師または助産師が意見を記入するところ	
出　産　者　氏　名	
出産予定年月日	令和　　年　　月　　日
出　産　年　月　日	令和　　年　　月　　日
出　生　児　の　数	□単胎　　□多胎⇒(　　児)
生産または死産の別	□生産　　□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