

記入例

受付印

出産手当金 請求書  
 出産手当付加金

自署の場合は捺印省略可

◎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	10000 1234567	被保険者の 氏 名	川瀬 恵子	
	資格取得 年月日	平成 26年 4月 1日 令和	資格喪失 年月日	令和	年 月 日
	被保険者 生年月日	昭和 3年 5月 15日 平成	出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎⇒( 児)	
	出産予定日	令和 3年 10月 8日	出 産 日	令和 3年 10月 10日	
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 3年 8月 28日から 令和 3年 12月 5日まで 100 日間			
上記に関する請求金の受領を		事業主記載欄		に委任します。	
令和 3年 12月 20日		住所 東京都中野区東町 9-8-7-605			
被保険者		氏名 川瀬 恵子			
事 業 主 (場 所 長) の 証 明	療養のため休んだ期間	令和 3年 8月 28日～ 令和 3年 12月 5日 100 日間			
	上記期間中において の報酬金額	令和 3年 8月 28日 令和 3年 12月 5日	100 日間	¥ 0	(日額 円)
	備 考	事業主記載欄			
	上記のとおり相違 【証明日】 令和	所在地 事業主 氏 名			
		支給がないときは『0』 と必ず記載すること!			

キリンビール健康保険組合御中

備考欄

事業所担当者印

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。

記入例

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	川瀬 恵子
分娩予定年月日	令和 3 年 10 月 8 日 分娩予定日
分娩年月日	令和 3 年 10 月 10 日 分娩日
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎⇒(      児)
生産または死産の別	<input checked="" 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 3 年 10 月 15 日	
医療施設の所在地	新宿区北新宿 1-3-7
医療施設の名 称	にこにこクリニック
電 話	03-1234-5678
医師・助産師の氏名	院長 高田 清美