記入例

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。

被保険者自署の場合は捺印省略可

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	10000 / 1234567	被保険者の氏名	キリン　月子　（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 ⇒			ー　ー
	資格取得年月日	平成 令和 30 年 4 月 1 日	年月日	令和　年　月　日
	被保険者生年月日	昭和 平成 4 年 7 月 10 日	出生児数	☑単胎　□多胎⇒（　　児）
	出産予定日	令和 7 年 8 月 15 日	出産日	令和 7 年 8 月 17 日
	出産のため休んだ期間（申請期間）	令和 7 年 7 月 5 日から 令和 7 年 10 月 12 日まで 100 日間		

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

申請期間（喪失後含む）をすべて記入してください。

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 7 年 11 月 20 日

被保険者　住所　東京都中央市中央 10-10-10
氏名　キリン　月子
電話　987（654）3210

事業主証明欄	出産のため休んだ期間		令和 7 年 7 月 5 日 ～ 令和 7 年 10 月 12 日　100 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 7 年 7 月 5 日　58 日間　合計 45,820 円 至 令和 7 年 8 月 31 日　通勤手当 として（日額 790 円）
		支給なしの期間	自 令和 7 年 9 月 1 日　42 日間 至 令和 7 年 10 月 12 日
		備考	

報酬の詳細を記載してください

上記のとおり相違ないことを証明します。

【証明日】令和 7 年 12 月 10 日

事業主　所在地
氏名

事業主記載

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
印

◇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	キリン　月子
出産予定年月日	令和　7　年　8　月　15　日
出　産　年　月　日	令和　7　年　8　月　17　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　7　年　8　月　23　日

医療施設の所在地　東京都中央市新宿　1-3-7

医療施設の名　称　にこにこレディースクリニック

電　話　03-1234-5678

医師・助産師の氏名　院長　棚橋　弘子