

受付印

# 出産手当金 請求書

## 出産手当付加金

◎被保険者の印欄(二か所)に印もれないように、かつはつきり押ししてください。  
◎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	①	
	資格取得 年 月 日	平成 年 月 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 年 月 日 平成	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		
上記に関する請求金の受領を ①に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名 ①					
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 ①				

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。)

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)
<p>上記のとおり相違ないことを証明する</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療施設の所在地</p> <p>医療施設の名 称</p> <p style="text-align: right;">④</p> <p>電 話</p> <p>医師・助産師の氏名</p>	