

記入例

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	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 1年 10月 8日	出産日	令和 1年 10月 10日	
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和 1年 8月 28日から 令和 1年 12月 5日まで 100 日間	申請期間(喪失後含む)を すべて記入してください。		
上記に関する請求金の受領を 令和 1年 12月 20日		事業主記載欄		印に委任します。	
被保険者		住所	東京都中野区東町 9-8-7-605		
		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 1年 8月 28日～ 令和 1年 12月 5日 100 日間			
	上記期間中において の報酬金額	令和 1年 8月 28日 令和 1年 12月 5日	100 日間	¥ <u>0</u>	(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!
					印

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

◇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。)

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 1 年 10 月 8 日 分娩予定日
分娩年月日	令和 1 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)
<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 1 年 10 月 15 日</p> <p>医療施設の所在地 新宿区北新宿 1-3-7</p> <p>医療施設の名 称 にこにこクリニック</p> <p style="text-align: right;">電話 03-1234-5678</p> <p>医師・助産師の氏名 院長 高田 清美</p>	

