給付６
出産手当金請求書（１枚目）

出 産 手 当 金 請 求 書

（第　　回目）
令和　　年　　月　　日 提出

【備考欄】

※1. 本請求が資格喪失後である場合はご記入ください。資格喪失年月日は退職した日の翌日です。
※2. 里帰り出産などで現住所と所在する住所が異なる場合は、その旨ご記入ください。
※3. 出産手当金は、原則被保険者の口座にお振込みいたします。出産手当金を事業所経由で受け取る場合は、「□事業所経由で受け取る」に☑をつけてください。
※4. 支給の流れ　個人口座への振込 の場合：伊藤忠連合健保→ご本人個人口座　・　事業所経由で受け取る 場合：伊藤忠連合健保→事業所→ご本人個人口座
在職期間の請求を行う場合は、「給付４・給与支給額証明書（事業主証明）」を添付してください。

被保険者が記入するところ

被保険者の	記号		（被保険者の氏名）
	番号		
被保険者の現住所	〒　　－	電話　　（　　）	
事業所の名称		標準報酬月額	千円
資格取得年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	※1.資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
出産した年月日	令和　　年　　月　　日	出産予定日	令和　　年　　月　　日

この請求は出産前の期間にかかるものですか、または出産後の期間にかかるものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか
給付期間の説明：産前：出産予定日の 42 日前（多胎妊娠 98 日）から出産日までの間
産後：出産日の翌日から 56 日間

出　産　前　・　出　産　後　・　出産前後

出産をする為休んだ期間	令和　　年　　月　　日 から	日間
	令和　　年　　月　　日 まで	

上記期間分の報酬を受けられますか　□ 受けられない　□一部受けられる　□受けられる

※2. 健康保険組合へのご質問やご要望がある場合にはご自由にお使いください。また電子メールで回答を希望される場合は、ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽをご記入ください。（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　@　　）

出産手当金を受取る金融機関

↓ □ 個人口座への振込・□ 事業所経由で受け取る のいずれかを選択下さい。（□に☑を入れてください。）

□ 個人口座への振込

銀行名	銀行 ・ 信託銀行 信金・農協・信組 その他（　　）	支店名	支店 ・ 出張所 本店 ・ 営業部 その他（　　）
銀行コード		支店番号	
口座番号	1：普通 2：当座 3：その他 （　　）	ｶﾀｶﾅ	
		名義	

□ 公金受取口座を利用します。（利用する場合は、☑をお願いします。）
なお、公金受取口座を利用する場合も、上記口座欄へのご記入をお願いします。また、本請求書を提出後にﾏｲﾅﾎﾟｰﾀﾙ等で公金受取口座を変更した場合、変更後の口座ではなく変更前の口座への振込となる場合があります。ご注意下さい。

□ 事業所経由で受け取る

委任状　（事業所経由で受け取る場合）

本請求に基づく給付金に関する受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿に委任します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

提出前にご確認下さい
◆提出書類
□ 出産手当金請求書（１枚目及び２枚目）
□ 給与支給額証明書（様式番号 給付４）（在職期間の請求の場合）

【受付印】（健保処理欄）

給付６
出産手当金請求書（２枚目）

医師若しくは助産師が証明するところ	被保険者の	記号：　　番号：　　氏名：
	出産年月日	令和　　年　　月　　日　出産
	出産予定日	令和　　年　　月　　日　予定日
	生産又は死産の別	生産（単胎・多胎）　・　死産（妊娠＿＿＿週＿＿＿日）
	うえのとおり相違ありません。 証明日　令和　　年　　月　　日 医療機関名若しくは施設の所在地 医療機関名若しくは施設の名称 医師若しくは助産師の氏名 電話番号　　（　　）	

医師若しくは助産師の方へ

◇出産予定日以前の出産の場合は出産予定日の記入は必要ありません。

◇死産の場合は妊娠何週の死産であったかを必ずご記入ください。

伊藤忠連合健康保険組合