事業所担当者（　　）＜経由＞→健保組合
※担当者を記入してください

出産手当金　請求書

被保険者記入欄	①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 54321	②被保険者の氏名	健保　康子
	③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社 ③籍を置いている会社名を記入してください。		
	④分娩予定日	R6 年 2 月 24 日	⑤分娩日 ＋ －	R6 年 2 月 22 日
	④～⑥実際の日を記入してください。 ⑥分娩のため休んだ期間	R6 年 1 月 14 日 から R6 年 4 月 19 日 まで　96 日間		

	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義（カタカナで記入）
⑦ 振込先（被保険者名義）	○○銀行	△△支店	普通	6543210	ケンポ　ヤスコ

⑦被保険者（社員本人）の口座を記入してください。

上記のとおり請求します。

R6 年 4 月 30 日

被保険者の住所 321-7654
××市○○区△△1-2-3-301

氏名 健保　康子

電話番号 06 （ 6321 ）7654

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

事業主証明欄	労務に服さなかった期間		年　月　日から 日間 年　月　日まで
	上記期間中の報酬状況	全額支給	年　月　日から 年　月　日までの分として 金　円 （日額：　）　月　日支払
		一部支給	年　月　日から 年　月　日までの分として 金　円 支払
		不支給の場合はその旨	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　月　日 事業主　住所 代表者氏名		

事業主証明欄・・・事業所窓口に提出し記入してもらってください。

医師または助産婦の意見	分娩年月日	年　月　日		分　娩　単胎 分娩予定　多胎（　児）
	分娩予定年月日	年　月　日		
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または	生産 ・ 死産（妊娠　ヶ月）
	上記のとおり相違ありません。 年　月　日 医療機関の所在地 名　称 医師・助産師の署名 電話番号　（　）			

意見書欄・・・医師または助産師に記入してもらってください。