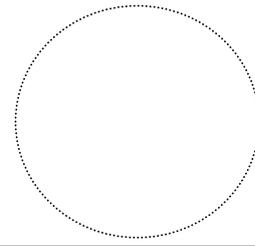


健康保険出産手当金請求書 (第 回目) 受付年月日

池田泉州銀行健康保険組合 殿



被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者等記号・番号		生 年 月 日		事業所名称・所属	
	—		昭和・平成 年 月 日			
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒	
	出産(予定) の日	令和 年 月 日		左記の出産日は実出産ですか 又は予定出産ですか		1. 実出産(出産予定日 年 月 日) 2. 予定出産
	出産のため休んだ期間 (支給期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				日間
	うえの期間の部分の報酬を 受けましたか、又は 受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない		報酬の支払を受けたとき 又は受けられるときは、 その報酬の額とその報酬支払の 基礎となった(なる)期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として 円
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄						
	金融機関名	店 名	預金種別	口座番号		
	池田泉州銀行		普通			

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に 委任します。 年 月 日			代理人の 氏 名	フリガナ	被保険者 との関係
	被保険者(請求者)の 住所			代理人の 住 所	〒	
	氏 名			電話 ()		
	受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄					
	金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義	
	池田泉州銀行		普通			

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			
	うえの期間中 の分として	全額支給 の場合	年 月 日 から の分		金 円	〔 日額 金 円 〕
		一部支給 の場合	年 月 日 から の分		金 円	〔 日額 金 円 〕
	支払う報酬	支給しない 場合				
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日						
事 業 主 住 所 氏 名						

証 明 す る 助 産 師 が	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出 産 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	
	正常出産又は異常出産の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)			
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日				医 療 機 関 等 の 所 在 地 医 療 機 関 等 の 名 称 医 師 ・ 助 産 師 の 氏 名 電話 ()