

※保険証の記号・番号を記入

健康保険出産手当金請求書

被保険者証の記号番号	記号	1			被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日			
	番号	5555			令和	0	0	4	0	1	令和						
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ クミコ			被保険者住所	〒 321-0000 埼玉県〇〇市〇〇町5-5-5 〇〇マンション505号室											
	氏名	健保 組子				電話	048 (5555) 6666										
生年月日	昭和	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日									
事業所名及び電話	〇△〇△事業所			電話	03 (5555) 5555			社員・職員コード	123455								
出産年月日	平成	令和	〇	〇	1	0	2	5	出産予定年月日	平成	令和	〇	〇	1	0	2	4
出産のため休んだ期間	令和 〇年 9月 13日 から			99日間													
	令和 〇年 12月 20日 まで																
①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた	受けない	将来	受けられる	受けられない											
②報酬支払を受けたとき(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	の分として			円								
	令和	年	月	日	まで												

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和	年	月	日	から	日間	令和	年	月	日	まで	
	①全額支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分の報酬を	円	令和	年	月	日	まで
うえの期間中の分として支払う報酬関係	②一部支給した場合又は支給する場合	令和	年	月	日	から	の分の報酬を	円	令和	年	月	日	まで
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和	年	月	日	から	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。	円	令和	年	月	日	まで
上記のとおり相違ないことを証明します。													
令和 年 月 日													
所在地													
事業主 名称													
氏名													
電話													

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	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				生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)							
	出生児の数	単胎・多胎(児)												
	入院して出産したときは、その期間	令和	年	月	日	から	日間	令和	年	月	日	まで	入院の費用の別	健保・公費 自費・その他
上記のとおり相違ないことを証明します。											令和	年	月	日
※医師・助産師の証明が必要です														
所在地														
職名()											名称			
											氏名			
											電話			

※資格喪失後の継続給付の場合は、無職無収入証明を記入してください。

無職無収入証明	令和	年	月	日	から	日間	無職無収入でありました。	令和	年	月	日
	令和	年	月	日	まで						
	上記のとおり相違ありません。										
	被保険者 住所										
氏名											

支払金融機関	〇〇〇		銀行	本店	令和	年	月	日	提出
	信用金庫		信用組合	支店					
	支店番号	普通	当座	口座番号(右づめ)					
	1 2 3	0	0	1 2 3 4 5					
名義人(フリガナ) ケンボ クミコ									
健保 組子									

※被保険者名義の口座を記入して下さい。

PwC健康保険組合

※被保険者名義の口座を記入

受付日付印