

# 健康保険出産手当金請求書（第 回）の書き方

医師または助産婦が意見をかくところ	④ 分べん年月日	平成 年 月 日	⑤ 分べん予定年月日	平成 年 月 日	
	⑦ 正常分べんまたは異常分べんの別	★(9) 正常・異常	① 生産または死産の別	★(9) 生産・死産 (妊娠 月) ★(10)	
	⑧ 入院して分べんしたときは、その期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	★(12) 日間	⑨ 入院費用の別	★(2) 健保・公費 自費・その他
	⑩ 出生児の数	★(9) 単胎・多胎 ( 児)			
	⑪ うえのとおり相違ありません。	平成 年 月 日			
住所 〒 職名 ( ) 氏名 電話 ( 局) 番					

## (医師または助産婦の記入事項)

(9) ㊦、㊧、㊨および㊩の欄は、それぞれ該当する文字を○で囲む。

(10) ㊩の「死産」を○で囲んだ場合は、妊娠何ヶ月の死産であるかを当該欄に付記する。

(11) 出産育児一時金請求書と同様にこの意見書を記入する場合は、㊦、㊧、㊧、㊩および㊩については、記入省略可。

## (共通する注意事項)

(12) ㊬、㊭、㊮、㊯、㊰および㊱の期間の計算は、両端を入れて計算してください。

(例) 6月13日から6月19日まで=7日間

⑫ 減額期間	期間	自	至	日数	金額
⑬ 全部不支給	期間	自	至	日数	
⑭ 不支給(産前法定外)	期間	自	至	日数	
⑮ 不支給(産後法定外)	期間	自	至	日数	

⑯ 支払区分	※ 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地私	⑰ 預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	⑱ 銀行 金庫 農協 本店 支店
⑲ 金融機関コード	※	口座名義		
⑲ 口座番号	郵便局			

受取代理人の欄	⑲ 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。平成 年 月 日	
	住所 被保険者(請求者) 氏名 ㊰	
	⑳ 代理人の氏名と印 (フリガナ)	㉑ 委任者と代理人との関係
㉒ 代理人の住所	㉓ 郵便番号 (フリガナ)	㉔ 住所コード

社会保険労務士の提出代行者印	㊰
----------------	---

送信