

記入例

[様式：医第17号]

健康保険組合 出産手当金 請求書

① 被保険者証記号番号	② ※被保険者（請求者）氏名	③ 住 所	
1 0 0 0	ケンボ ハナコ 健保 花子	〒.999-9999. 長野県長野市本町1-1-1. 長野マンション111号室. 昼間連絡先 TEL(099) 999 - 9999.	
1 2 3 4 5 6 7		④ 出生児の数	①: 単胎 ②: 多胎 (児)
出 産 年 月 日	平成 19年 7月 6日	⑤ 生産又は死産等の別	①: 生産 ②: 死産 ③: 流産 (日)
出 産 予 定 年 月 日	平成 19年 7月 6日	⑦ 資格喪失後の出産ですか	1. いいえ ②: はい
⑥ 請求期間	(自)平成 19年 5月26日 (至)平成 19年 8月31日 98 日間	〈在職中の分を請求するとき〉 ・勤務票を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____ ・貸金台帳を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____	
⑧ 請求期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか	①: いいえ ②: はい		

<< 被保険者（請求者）記入欄 >>

- ① 上段に記号
(4ケタ)
下段に番号
(7ケタ以下右づめ)
を記入する。
- ② 被保険者若しくは任意継続被保険者又は被保険者であった者（本人が死亡している場合は相続人）の氏名を記入する。
※被保険者（請求者）氏名欄の押印は、被保険者（請求者）が自署した場合は不要。
- ③ 自宅の住所、昼間連絡先を記入する。
- ④～⑤ 該当する番号を○で囲む。
- ⑥ (自) 出産日を含めて前
4 2日目の日
(至) " の次の日から
5 6日目の日
を記入する。
- ⑦～⑧ 該当する番号を○で囲む。

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

添付書類	<input type="checkbox"/> 勤務票（事業主より原本証明を受けて下さい）
	<input type="checkbox"/> 貸金台帳（事業主より原本証明を受けて下さい）
	<input type="checkbox"/> 医師又は助産師の出産予定日が記載されている出産証明書「原本」
	〈資格喪失後の請求のとき〉
	<input type="checkbox"/> 加入している健康保険等の開帳証「写」

処理欄	健康保険組合	交付	[1次]	[2次]	処理
-----	--------	----	------	------	----

健康保険組合 出産手当金 請求書

被保険者証記号番号	※被保険者（請求者）氏名	住 所	
	(フリガナ) ⑩	〒 昼間連絡先 TEL () -	
出 産 年 月 日	平成 年 月 日	出 生 児 の 数	1：単胎 2：多胎 (児)
出 産 予 定 年 月 日	平成 年 月 日	生 産 又 は 死 産 等 の 別	1：生 産 2：死 産 3：流 産 (日)
請 求 期 間	(自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日 日間	資格喪失後の出産ですか	1. いいえ 2. はい
請求期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか	1. いいえ 2. はい	<在職中の分を請求するとき> ・勤務票を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____ ・賃金台帳を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____	

※被保険者（請求者）氏名欄の押印は被保険者（請求者）が自署した場合は不要です。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 勤務票（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 賃金台帳（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 医師又は助産師の出産予定日が記載されている出産証明書「原本」 <資格喪失後の請求のとき> <input type="checkbox"/> 加入している健康保険等の保険証「写」
------------------	--

処理欄	健保組合	受付	審査	[1次]	[2次]		処理	
-----	------	----	----	------	------	--	----	--