給付０７

健康保険出産手当金請求書

女性被保険者のみ
申請可能

被保険者が記入する欄	記号・番号	―	所属・部課名	
	資格取得年月日	年　月　日		
	出産年月日	令和　年　月　日	出産予定年月日	令和　年　月　日
	出産のために休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	左記期間中の報酬	・受けました ・受けていません
	上記により出産手当金を請求します。在職期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 令和　年　月　日　　〒 住　所 被保険者 氏　名 田辺三菱製薬健康保険組合理事長殿　　電話			

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

医師又は助産師の証明欄	出産年月日	令和　年　月　日	生産・死産　（妊娠　ケ月）
	出産予定年月日	令和　年　月　日	生産・死産　（妊娠　ケ月）
	出生児の数	単　胎　・　多　胎　（　児）	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　年　月　日 医療機関　所在地 名　称 医師又は助産師の氏名		

事業主の証明欄	労務に服しなかった期間及びその期間において報酬の全部又は一部を支給し又は支給すべきもであるときはその報酬及び期間	令和　年　月　日から 日間 令和　年　月　日まで 上記の期間労務に服しなかったことを証明する。 期　間： 報酬額： 上記のとおり報酬を支給したこと（支給すべきものであること）を証明する。
	所在地 名　称 氏　名	

振込希望銀行（資格喪失者（退職者）のみ記入、ゆうちょ銀行除く）

銀　行　　口座番号
フリガナ
支　店　　口座名義

＜注意事項＞　（2022.10.01）

この申請は、出産のため会社を休み、給料の支払いがなかった場合に申請できます。
（申請は産前産後休暇の期間で欠勤状態の期間を１枚の申請書にご記入ください。）