

健康保険 出産手当金請求書(第 回)

日本レストランエンタプライズ健康保険組合

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証 記号と番号	② 被保険者(請求 者)の氏名と印		印	
	③ 被保険者(請 求者)の現住所	電話番号			
	④ 事業所名	⑤ 被保険者 資格取得日		平・令 年 月 日	
	⑥ 分べんの日	平・令 年 月 日	⑦ 左記の⑥の分べん日は 実分べんですかまたは 予定分べんですか	1.実分べん(分べん予定日 年 月 日) 2.予定分べん	
	⑧分べんのため休んだ期間 (支給期間)	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間	⑨被保険者の 標準報酬月額	千円
	⑩うえの⑧に書いた期間の部分 の - (1) 報酬を受けましたか、 - (2) 今後受けられますか。	(1) 受けた ・ 受けない (2) 受けられる ・ 受けられない	⑪ 報酬の支払を受けたとき または受けられるときは、 その報酬の額とその支払 の基礎となった(なる)期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで の分として	円
	分 娩 で 入 院 し た と き は そ の 旨	⑫ 病院等の名称	⑬ 病院等の所在地		
		⑭ 上記⑧の休んだ期間のうち健康保険または 公費で入院した期間	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間	⑯ 多胎妊娠 の場合は その旨
		⑮ 上記⑧の休んだ期間のうち自費で入院した期 間	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間	
	⑰ (備考)				

事 業 主 が 証 明 す る 欄	⑱ 労務に服さなかった期間	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間		
	⑲ うえの期間中の 分として支払う 報酬関係	7. 全額支給した場合 または支給する場合	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間	(日額 円 円) 年 月 日支払
		イ. 一部支給した場合 または支給する場合	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日	日間	(日額 円 円) 年 月 日支払
		ウ. 現在までもまた将来も支給 しない場合は、その旨	<input type="checkbox"/> 現在までも、また将来も支給しない		
	⑳ 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 印				

医 師 ま た は 助 産 師 が 意 見 を 書 く 欄	㉑ 分べん年月日	平・令 年 月 日	㉒ 分べん予定年月日	平・令 年 月 日
	㉓ 正常分べんまた は異常分べんの別	正常・異常	㉔ 単胎または 多胎の別	単胎・多胎
	㉕ 生産 または死産の別	②⑥ 入院して分べん したときはその期間		②⑦ 入院費用の別
	②⑤ 生産 または死産の別	自) 平・令 年 月 日 至) 平・令 年 月 日		単胎・多胎 生産・死産 (妊娠 カ月) 健保・自費 公費・その他
㉘ うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設等の名称・所在地 医師・助産師名 印 電話				

委 任 状	㉙ この保険給付の受領を下記の者に委任します。
	委任する者の氏名 _____ 印
	委任を受けた者の氏名 _____ 印

受付日付印