出産手当（付加）金請求書

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

被保険者の記入欄	①被保険者等記号番号	記号		番号		②所属会社（事業所）	
	③被保険者	自宅住所	〒				
		氏名					
		携帯電話					
		e-mail					
	④出産年月日	年　月　日		⑤出産のため休んだ期間	年　月　日より 年　月　日まで	日間	
	⑥医療機関	名称					
		所在地					
	⑦振込先 被保険者名義の口座を指定	銀行名		金融コード		口座番号	
		支店名		コード	預金種別	普通	口座名義（被保険者） カタカナで記入

⑧　年　月　日 提 出

医師又は助産師の証明	⑨出産した年月日	年　月　日	⑩生産又は死産の別	生産　・　死産（妊娠　週）
	出産予定年月日	年　月　日	⑪単胎又は多胎の別	単胎　・　多胎（　児）
	⑫上記のとおり相違ない事を証明する。 住　所 医療施設名 氏　名		年　月　日	

事業主の証明	⑬労務に服さなかった期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間		
	⑭上記期間中報酬の全部又は一部を支給した時は	期間	年　月　日から 年　月　日まで	日間	金額　円
	⑮上記のとおり相違ありません。 住　所 事業所名 氏　名	年　月　日			

受付日付印

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

＜個人情報について＞
ご記入頂いた個人情報は本請求に係る業務処理の目的にのみ使用し、
他の目的には使用致しません。

R06.11.1改訂