

# <記入例>

## 出産手当（付加）金請求書

消えるボールペン・修正液の利用不可

|                                      |        |                  |             |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
|--------------------------------------|--------|------------------|-------------|-----------|-----------------|----------------------|--------|----------|----|----------------|--------------------|--------|----|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>欄 | ①被保険者証 | 記号               | ○           | 番号        | ○○○             | ②所属会社<br>(事業所)       | ○○株式会社 |          |    |                |                    |        |    |   |
|                                      | ③被保険者  | 自宅住所             | 〒<br>ご自宅の住所 |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
|                                      |        | 氏名               | 出産した本人の氏名   |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
|                                      |        | 携帯電話             | 日中連絡可能な番号   |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
|                                      |        | e-mail           | 日中連絡可能なアドレス |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
|                                      | ④出産年月日 | ○年○月○日           |             |           | ⑤出産のため<br>休んだ期間 | ○年○月○日より<br>○年○月○日まで |        | 98日間     |    |                |                    |        |    |   |
|                                      | ⑥医療機関  | 名称               | ○○産婦人クリニック  |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
| 所在地                                  |        | 〒<br>出産した医療機関の住所 |             |           |                 |                      |        |          |    |                |                    |        |    |   |
| ⑦振込先<br>被保険者名義<br>の口座を指定             | 銀行名    | ○○銀行             |             | 金融<br>コード | ○               | ○                    | ○      | 口座番号     | ○  | ○              | ○                  | ○      | ○  | ○ |
|                                      | 支店名    | ○○支店             |             | コード       | ○               | ○                    | ○      | 預金<br>種別 | 普通 | 口座名義<br>(被保険者) | カタカナで記入<br>ケンポ ハナコ |        |    |   |
|                                      |        |                  |             |           |                 |                      |        |          |    |                | ⑧                  | ○年○月○日 | 提出 |   |

|  |          |               |   |   |           |             |  |  |
|--|----------|---------------|---|---|-----------|-------------|--|--|
| 医<br>師<br>又<br>は<br>助<br>産<br>師<br>の<br>証<br>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     | ※ 医師または助産師が記入 |   |   |           |             |  |  |
|  | ⑫上記の     |               |   |   |           |             |  |  |
| 住<br>医療<br>氏                                   |          |               |   |   |           |             |  |  |

日本ヒューレット・パッドカード健康保険組合

|                            |                                |        |        |   |     |    |       |
|----------------------------|--------------------------------|--------|--------|---|-----|----|-------|
| 事<br>業<br>主<br>の<br>証<br>明 | ⑬労務に服さな<br>かった期間               | 年      |        | 月 | 日から | 日間 |       |
|                            | ⑭上記期間中報酬<br>の全部又は一部<br>を支給した時は | 期<br>間 | ※ 記入不要 |   |     |    | 円     |
|                            | ⑮上記のとおり相違あり                    |        |        |   |     |    |       |
| 住 所                        | ※ 記入不要                         |        |        |   |     |    | 受付日付印 |
| 事業所名                       |                                |        |        |   |     |    |       |
| 氏 名                        |                                |        |        |   |     |    |       |

### <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。