＜記入例＞

消えるボールペン・修正液の利用不可

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）	○○株式会社
	③被保険者	自宅住所	〒 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出産のため休んだ期間	○ 年 ○ 月 ○ 日より ○ 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	〒 出産した医療機関の住所				
	⑦振込先 被保険者名義の口座を指定	銀行名	○○銀行	金融コード	○○○○	口座番号	○○○○○○○
		支店名	○○支店	コード	○○○	預金種別	普通
		口座名義（被保険者）	カタカナで記入 ケンポ　ハナコ				
	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			
	⑫上記のと			
	住			
	医療施			
	氏　名			

※ 医師または助産師が記入

事業主の証明	⑬労務に服さなかった期間	年　月　日から	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	円
	⑮上記のとおり相違あり		
	住　所		
	事業所名		
	氏　名		

※ 記入不要

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