健康保険　出産手当金請求書

書類の提出方法	
	（在職中の請求分）❶本人記入後医師の証明を受ける⇒❷　各社人事又は店舗の事務担当⇒❸健康保険組合
	（退職後・資格喪失後の請求分）　❶　本人記入後医師の証明を受ける　⇒　❷　健康保険組合

注意事項	
	消せるボールペン、修正テープ（液）は使用できません。
	訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し記入者のサイン又は印を押してください。

本人記入欄

令和　　年　　月　　日

①被保険者等の		②所属名（店部名）	③社員番号	④生年月日	⑤被保険者（請求者）の氏名・フリガナ
記号	番号		□社員　□パート社員	昭 平 令　　年　　月　　日	フリガナ 氏名

⑥被保険者（請求者）の住所	〒	※　日中連絡の取れる電話番号を記入 TEL　　（　　）	
⑦資格取得年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	⑧資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
⑨分　娩　年　月　日	令和　　年　　月　　日	⑩分娩予定年月日	令和　　年　　月　　日
⑪分娩の為仕事に就けなかった期間（請求期間）	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　　日間		
⑫上記請求期間⑫に報酬（有給・交通費）を受けましたか。また今後も受けられますか	□　はい ➡ □　いいえ	⑬左記⑫で「はい」と答えた場合報酬期間と金額を記入	令和　　年　　月　　日　から 令和　　年　　月　　日　まで 上記報酬期間内に報酬を受けていない日（除く日）がある場合はその日を記入 （　　） 合計　　円
委任・照会・振込み口座に関する同意欄	□　私は、出産手当金請求書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また、出産手当金の支給可否に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。		
	□　他の給付金同様、出産手当金の振込口座は給与口座を希望します。	※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの時間が短縮できます。	

振込口座

□　マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。
注1）口座情報の反映には登録から時間を要し振込まで時間がかかります。　　注2）給与口座情を希望した場合は☑不要です。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義	フリガナ
（金融機関コード）	（店番号）	□普通 □当座			

事業主が証明する欄

①労務に服さなかった期間	令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　　日間
②上記①の請求期間に対して報酬を支給しましたかまたは今後受けられますか（有給・交通費等が該当）	□はい　□いいえ

③上記②で「はい」と答えた場合は報酬期間と金額を記入	支給期間	左記支給期間に支給しない日（除く日）がある場合は、その日を記入	日額	支給額
	年　月　日　～　年　月　日		円	円
	年　月　日　～　年　月　日		円	円
	年　月　日　～　年　月　日		円	円

⑤上記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
電話　　（　　）

事業担当者

医師の証明する欄

①分娩年月日	令和　　年　　月　　日	②分娩予定年月日	令和　　年　　月　　日
③分娩後の場合	Ⓐ正常・異常分娩の別　□正常　□異常	Ⓑ生産・死産の別	□　生産 □　死産（妊娠　　ヶ月）
	Ⓒ単胎・多胎の別　□単胎　□多胎（　　胎）	Ⓓ入院期間	令和　　年　　月　　日から 年　　月　　日まで

④上記のとおり相違ないことを証明します。　　令和　　年　　月　　日

医療機関名称
医療機関所在地
医師（助産師）氏名
電話　　（　　）

申請書に被保険者等の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類（①②）両方必要です。
①（個人番号確認用）・・・マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し
②（身元確認用）・・・マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し