

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

年 月 日提出

Main form for insurance claim with fields for insured person, employer, and payment details.

※請求期間がすぎたから提出してください。

Table for recording work periods, attendance, and payment amounts.

※労務に服さなかった期間の出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

Additional fields for address, residence, and contact information.

□ 本請求書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。

Final section for payment recipient and medical professional details.

Table for medical professional information and final payment details.