

[様式：医第17号]

健康保険組合 出産手当金 請求書

被保険者番号	※被保険者（請求者）氏名 (フリガナ)	住 所	
		〒 昼間連絡先 TEL() -	
出 産 年 月 日	年 月 日	出 生 児 の 数	1: 単胎 2: 多胎 (児)
出 産 予 定 年 月 日	年 月 日	生 産 又 は 死 産 等 の 別	1: 生 産 2: 死 産 3: 流 産 (日)
請 求 期 間	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日 日間	資格喪失後の出産ですか	1. いいえ 2. はい
請求期間中の報酬を受けましたか又は受けられますか	1. いいえ 2. はい	<在職中の分を請求するとき> ・勤務票を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____ ・賃金台帳を依頼した会社の TEL () 担当者氏名 _____	

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 勤務票（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 賃金台帳（事業主より原本証明を受けて下さい） <input type="checkbox"/> 医師又は助産師の出産予定日が記載されている出産証明書[様式：医第17-1号（出産手当金請求用）] <資格喪失後の請求のとき> <input type="checkbox"/> 加入している健康保険等の資格確認書「写」または「保険請求に係る他保険加入確認書[様式：医第12号]」
----------------------------	--

処理欄	健保組合	受付		[1次]	[2次]			処理
-----	------	----	--	------	------	--	--	----