

出産手当金請求書 《記入例》

公金受取口座登録制度とは

事前にマイナポータルにて給付金の受取口座をご登録いただくことにより、各種給付の申請時に口座情報の記載が不要になります。

公金受取口座のご登録方法につきましては、マイナンバー総合フリーダイヤル(TEL:0120-95-0178)にお掛けいただき、音声ガイダンスに従って6:公金受取口座登録制度を選択してください。

公金受取口座を利用する場合は、利用有無の"利用する"に☑し、組合員のマイナンバーをご記入下さい。

※利用する場合は、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。

公金受取口座を利用しない場合は、利用有無の"利用しない"に☑し、組合員の口座情報をご記入下さい。

死産の方のみ、お手数ですがこちらの欄に医療機関にて署名・捺印をもらうようお願い致します。

被保険者証 記号・番号	道歯 -	組合員氏名	
分娩年月日	令和 年 月 日 (予定・分娩)		
労務に服することが できなかつた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
入院したとき	病院名		
	所在地		
	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
上記のとおり請求します。			
令和 年 月 日			
〒 - 電話() 番			
住所			
第1種組合員氏名 組合員氏名 (印)			
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様			
公金受取口座の利用有無			
<input type="checkbox"/> 利用する ※1		<input type="checkbox"/> 利用しない ※2	
マイナンバー(組合員本人)		→お振込み先の口座(組合員のもの)の記入が必要です。	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			
※1 公金受取口座を利用する場合、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。 ご利用される場合は、必ず組合員ご本人のマイナンバーをご記入下さい。			
※2 公金受取口座を利用しない場合、 組合員の銀行名等を 記入して下さい。	銀行名	銀行 信用金庫	本店 支店
	預金の種類と 口座番号 (ふりがな)	普通 当座	預金 No. 組合員の口座
	口座の名義人名	組合員氏名	
分娩に関する 助産師又は 医師の証明	令和 年 月 日分娩予定であることを証明する。 令和 年 月 日出産したことを証明する。 助産師 住所 ※死産の方のみ記入 又は医師 氏名 (印)		
※母子手帳をもって上記証明にかえることができます。(1ページのコピー)			

支給決定額 円

組合記載欄

出産手当金請求書

被保険者証 記号・番号	道歯 -	組合員氏名																					
分娩年月日	令和 年 月 日 (予定・分娩)																						
労務に服することが できなかつた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間																				
入院したとき	病院名																						
	所在地																						
	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 〒 - 電話() - 番 第1種組合員 住所 氏名 ㊞																							
北海道歯科医師国民健康保険組合理事長 様																							
公金受取口座の利用有無 <input type="checkbox"/> 利用する ※1 <input type="checkbox"/> 利用しない ※2 マイナンバー(組合員本人) →お振込み先の口座(組合員のもの)の記入が必要です。 <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※1 公金受取口座を利用する場合、事前にマイナポータルにて公金受取口座の登録が必要です。 ご利用される場合は、必ず組合員ご本人のマイナンバーをご記入下さい。																							
※2 公金受取口座を 利用しない場合、 組合員の銀行名等 を記入して下さい。	銀行名	銀行 信用金庫	本店 支店																				
	預金の種類と 口座番号 (ふりがな)	普通 当座	預金 No.																				
	口座の名義人名																						
	分娩に関する 助産師又は 医師の証明 令和 年 月 日分娩予定であることを証明する。 令和 年 月 日出産したことを証明する。 助産師 住所 又は医師 氏名 ㊞																						
※母子手帳をもって上記証明にかえることができます。(1ページのコピー)																							

支給決定額	円
-------	---

組 合 記 載 欄

