

健康保険

# 出産手当金請求書

(第 回目)

年 月 日提出

|         |                           |  |            |                             |           |      |        |
|---------|---------------------------|--|------------|-----------------------------|-----------|------|--------|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証<br>記号 番号            |  | 被保険者<br>氏名 | 年 月 日生                      | 事業所<br>名称 |      |        |
|         |                           |  |            |                             |           |      | 電話 ( ) |
|         | 被保険者の<br>住所               |  |            |                             |           |      |        |
|         | 出産予定日                     |  | 年 月 日      | 出産のため<br>休んだ期間<br>(公休・年休含む) | 年 月 日から   |      |        |
|         | 出産日                       |  | 年 月 日      |                             | 年 月 日まで   |      |        |
| 受取方法    | 在籍中<br>の方                 | 私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。 |            |                             |           |      |        |
|         | 退職後の方<br>(任意継続者<br>は記入不要) | 銀行名  | 支店名        | 口座名義(カナ)                    | 種別        | 口座番号 |        |

|              |                |       |           |                   |
|--------------|----------------|-------|-----------|-------------------|
| 医師または助産師の意見欄 | 出産予定日          | 年 月 日 | 生産または死産の別 | ・生産<br>・死産 (妊娠 週) |
|              | 出産日            | 年 月 日 | 出生児の数     | ・単胎<br>・多胎 ( 児)   |
|              | 上記のとおり相違ありません。 |       |           |                   |
| 医療施設の所在地     |                |       |           |                   |
| 医療施設の名称      |                |       |           |                   |
| 医師・助産師の氏名    |                |       |           |                   |
| 電 話 番 号 ( )  |                |       |           |                   |

|         |                             |               |                |          |
|---------|-----------------------------|---------------|----------------|----------|
| 事業主の証明欄 | ⑦労務不能と認められた期間<br>(年休・公休を含む) | 年 月 日から ( 日間) | 左記のとおり相違ありません。 | 年 月 日    |
|         | 上記のうち報酬を支払わなかった期間           | 年 月 日から ( 日間) |                | 事業主の住所氏名 |

<健保組合記入欄>

| 標準報酬 | 日額 | 日数 | 支給期間            | 支給金額 |
|------|----|----|-----------------|------|
| 円    | 円  | 日  | 年 月 日～<br>年 月 日 | 円    |

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

受付日

日産化学健康保険組合