

出産手当金支給請求書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	資格取得日	平成・令和	年 月 日	出産のため 休んだ期間 に報酬を受け たその期間 中支払額	全期間	自 令 年 月 日	日間
	資格喪失日 (退職者のみ)	令和	年 月 日			至 令 年 月 日	円を受けた
	標準報酬額		円		一部の期間	自 令 年 月 日	日間
	出産予定日	令和	年 月 日			至 令 年 月 日	円を受けた
	出産年月日	令和	年 月 日		その他	令 年 月 日	より無給
	出産年月日	令和	年 月 日	出産のため 休んだ期間	自 令 年 月 日	日間	
	1.健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座)						
	振込先 (被保険者名義)	2.		銀行 信金	本店 支店	普通 預金	NO.
		1.以外で希望する 場合の振込先		口座 名義	フリガナ		
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日					受付日付印		
住所 〒							
TEL ()							
メールアドレス							
被保険者氏名							
日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿							
備考欄	個人番号(被保険者証の記号・番号を記入した場合は記入不要です) ※個人番号をご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードの写し(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写し、又は、パスポートの写し、のいずれか1点						

事業主の証明	労務に服さなかった期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
	上記期間中の 分として 支払う額 報酬額	期間	日数	支給状況 ※一部支給の場合は支給額
		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
		自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	
	その他	令 年 月 日より無給		
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 名称 所在地 氏名				
医師又は助産師の証明	出産予定日	令 年 月 日	出生児の数	単胎
	出産年月日	令 年 月 日		多胎 (児)
	出産の状態	正常・異常	生死の別	生産 死産 (妊娠 ヶ月)
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師又は助産師			

◎請求上の注意

- 1、この様式は、女子被保険者が分娩して、その産前・産後を通じて会社の勤務を休んだ期間の報酬の支払いを受けられなかった場合に請求するものです。
- 2、この請求をするときは「医師又は助産師」の証明を受け、次に事業主の証明を受けて、組合に提出して下さい。