

# 出産手当金支給請求書

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号・番号	記号 1	番号 123	被保険者氏名 日本 恵	(社員番号) 999	
	資格取得 年月日	平成 20年9月1日	令和	出産のため 休んだ期間 に報酬の支 払を受けた その金額	全期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間 円を受けた
	資格喪失 年月日 (退職者のみ)	令和 年 月 日			一部の期間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日 日間 円を受けた
	標準報酬 月額	円			その他	令 * 年 3 月 2 日より無給
	出産予定 年月日	令和 * 年 4 月 12 日			自 令 * 年 3 月 2 日 101日間 至 令 * 年 6 月 9 日	
	出産年月日	令和 * 年 4 月 14 日				
	振込先 (被保険者名義)	1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座)				
	2. 1.以外で希望する 場合の振込先	銀行 信金	本店 支店	普通 預金	NO.	
	口座 名義	フリガナ				
上記のとおり申請します。						
令和 * 年 7 月 10 日						
住所 〒 ○○○-○○○○						
○○市○○区○○4-1-6						
TEL ○○○ (○○○○) ○○○○						
メールアドレス ○○△△@○○○.com						
被保険者氏名 日本 恵						
日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿						

事業主の証明	労務に服さな かつた期間	自 令 年 月 日 年 月 日	日間
	上記の 分支報	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>この欄は、事業主に証明を依頼してください。</p> </div>	
	そ		
	上記の 令 事業主		
氏名			
医師又は助産師の証明	出 産 予 定 日	令 年 月 日	単胎
	出 産	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>この欄は、医師又は助産師に証明を依頼してください。</p> </div>	
	出		
	上記の 令		

◎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。