

受付No.

—

記入見本

出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	社員番号	<input type="radio"/> ○	フリガナ	ハナツバキ ハナコ		
	被保険者等	記号	<input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○	被保険者氏名	花椿 花子	
		番号	<input type="radio"/> ○	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	資格取得日	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 令 ○ 年 ○ 月 ○ 日 <input checked="" type="radio"/> 平	資格喪失日	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日		
	出産年月日	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産予定年月日	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出産のため休んだ期間 (請求期間)	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	○○日間		
	上記のとおり請求します。給付金の受領を下記事業主に委任します。			資格喪失後	振込銀行口座をご記入ください。	
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	被保険者 住所 ○○○ ○○○ ○○-○-○○○		資格喪失後		
	氏名	花椿 花子		資格喪失後		
事 業 主 証 明 欄	出産年月日	<input type="radio"/> 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	出産予定年月日	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日		
	医師または助産師の証明が必要です					
	医療機関所在地	医療機関名称			医師または助産師の氏名	
	上記のとおり相違ありません。令和 年 月 日					
※在職中の期間について証明(被保険者の資格喪失後の期間についての事業主の証明は不要です)						
下記請求期間にかかわる出勤簿及び賃金台帳(給与明細)の写しを添付してください。						
事 業 主 証 明 欄	給与の形態	<input type="radio"/> 時給 <input type="radio"/> 日給 <input type="radio"/> 日給月給 <input type="radio"/> 月給				
	出産のため休んだ期間	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日から	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日まで	日間		
	上記のうち給与の支給がなかった期間	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日から	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 年 月 日まで	日間		
備 考 欄	備考欄	ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください				
	上記のとおり相違ないことを請求者より委任を受けた給付請求者に支給します。	受付印				
事業所所在地		事業所名称		事業主氏名		

備考欄

【資生堂健康保険組合】202412