

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"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <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"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○ <input type="radio"/> ○	生年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	
	資格取得日	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 令 <input checked="" type="radio"/> 平	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	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	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	出産予定年月日	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	
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	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日から	<input type="radio"/> 平成 <input checked="" type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日まで	<input type="radio"/> 日間	
入 欄	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		
	令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日			振込銀行口座をご記入ください。		
	被保険者 住所 ○○○ ○○○ ○○-○-○○○			資格喪失後		
	氏名 花椿 花子			資格喪失後		
医 師 ま た は 助 産 師 の 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	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			単胎 () 児	
	医療機関名称				生産または死産の別	
	医師または助産師の氏名				<input type="radio"/> 生産 (妊娠 週) <input type="radio"/> 死産	
事 業 主 証 明 欄	※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。					
	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	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					
事業所所在地	受付印					
事業所名称						
事業主氏名						

備考欄

【資生堂健康保険組合】202412