

出産手当金請求書

ダイフク健康保険組合 殿

下記のとおり請求します。

(第 回目)

被保険者証の記号・番号	12 - 345678	事業所名称	〇〇××
被保険者の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
被保険者の氏名・印	健保 愛子	標準報酬月額	〇〇千円
分娩予定年月日	平成 ××年××月××日	分娩年月日	平成 ××年××月××日
分娩のため休んだ期間	から 平成 ××年 ××月 ××日 まで 平成 ××年 ××月 ××日 ××日間		
上の期間の報酬(賃金)の全部または一部を受けたとき、または受けられるときはその報酬額および期間	平成 ××年 ××月 ××日から 平成 ××年 ××月 ××日まで		××日分 〇〇,000円
振込希望銀行名 (被保険者または受取代理人名義のものを記入)	〇〇 銀行 △△ 支店 普通・口座番号 123456 口座名義 (か) ケンポアイコ		

医師又は助産師の意見	分娩年月日	平成 ××年 ××月 ××日	出生児の数	単胎 多胎 (児)
	分娩予定年月日	平成 ××年 ××月 ××日		
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)		
	上記のとおり相違ありません。 医師が記入(証明)して下さい。 平成 ××年 ××月 ××日 (職名 医師) 住所 〇〇県〇〇市△△町1 氏名 〇〇 〇〇			

事業主証明	労務に服さなかった期間	平成 ××年 ××月 ××日から 平成 ××年 ××月 ××日まで	××日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	平成××年××月××日から 金 〇〇〇〇〇円 日 額 平成××年××月××日までの分 (××月××日支払) (金〇〇〇〇〇円)
		一部支給の場合	平成 年 月 日から 金 円 日 額 平成 年 月 日までの分 (月 日支払) (金 円)
	支給しない場合		
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成××年 ××月 ××日 事業主 住所 〒 111-1111 〇〇県〇〇市××町1 氏名 〇〇株式会社			

この欄は、給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	平成 年 月 日		
	被保険者(請求者)住所 氏名	代理人の住所・電話番号 電話 ()	