

# 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	—	事業所名称	
被保険者の住所			
被保険者の氏名・印		標準報酬月額	千円
分娩予定年月日	年 月 日	分娩年月日	年 月 日
分娩のため休んだ期間	から 年 月 日 まで 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	年 月 日から 年 月 日まで		日分 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)	銀行	支店 普通・口座番号	口座名義 (か)

医師又は助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	出生児の数	単胎
	分娩予定年月日	年 月 日		多胎 ( 児)
	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。 年 月 日 (職名 ) 住所 氏名			

事業主の証明	労務に服さなかった期間	年 月 日から 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	年 月 日から 年 月 日までの分 金 円 日 額 ( 月 日支払) (金 円)
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日までの分 金 円 日 額 ( 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。 年 月 日 事業主 住所 〒 氏名			

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。 年 月 日	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	被保険者（請求者）住所		
	氏名	代理人の住所・電話番号	電話 ( )