

出産手当金・出産手当金付加金 求め書

日本電気健康保険組合 御中

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者 記号・番号 号	000	番 号	00000000	会社名	NEC〇〇〇〇
	令和 00 年 00 月 00 日				所属	〇〇〇〇事業部 メールNo. 00 - 0000
	氏名 健康 ○子				自宅住所 〒 000-0000 〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇 000-00 TEL 000-000-0000	
	生年月日 昭和・平成・令和 00 年 00 月 00 日				在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委託します。	
	休業した期間 ※	令和 00 年 00 月 00 日から 令和 00 年 00 月 00 日まで(00 日間)	左記のうち	令和 00 年 00 月 00 日から 入院した期間 令和 00 年 00 月 00 日まで(00 日間)		
	退職者・退職予定の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。					
	金融機関名 銀行 支店	口座番号 (普通)	フリガナ 名義	退職年月日 平成・令和 年 月 日		
	出産予定年月日 令和 年 月 日		出産年月日 令和 年 月 日			

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出産予定年月日 令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 日	
	入院期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(00 日間)	出産年月日 令和 年 月 日	
	生産または死産の有無 生産 死産	上記とおり相違ありません。 所在地	令和 年 月 日
	出生児の数 単胎 双胎	医療機関名	令和 年 月 日
	特記事項	医師または助産師の氏名	
	お願い 文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名は必ず印を押印してください。		
	労務に就かなかった期間 (勤務管理表添付)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(00 日間)	
	給与の支払い方法 定期的支給	一部 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(00 日間)	
	令和 年 月 日 事業所名		

事 業 主 証 明 欄	労務に就かなかった期間 (勤務管理表添付)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(00 日間)	
	給与の支払い方法 定期的支給	一部 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(00 日間)	
	令和 年 月 日 事業所名		
	上記とおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。		
	事業主名 (代理人)		
	上記とおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。		

健 康 保 険 組 合 記 入 欄	資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日 令和 年 月 日	支給決定月額 円	日額 円	第 等級	
	支給開始日 令和 年 月 日	第 回	支給期間 / ~ /	支給日数 産前 日 産後 日 累計 日		
	※ 休業した期間は 出産のために休業した期間を記入。 (育児休職期間は含みません。)			円 × 日	円	
	通院	/	~ /	日 支	円 × 日	円
		/	~ /	日 支	円 × 日	円
		/	~ /	日 支	円 × 日	円
	計				+	
	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項
	承認欄					受付年月日

