

日本電気健康保険組合 御中

被保険者記入欄	被保険者 記号・番号	記号	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 〇子				自宅住所 〒	000-0000			
	生年月日	昭和・平成・令和 00 年 00 月 00 日				〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇	000-00			
在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。						Tel 000-000-0000				
医師または助産師の証明欄	休業した期間	令和 00 年 00 月 00 日から				左記のうち	令和 00 年 00 月 00 日から			
	令和 00 年 00 月 00 日まで(00日間)					入院した期間	令和 00 年 00 月 00 日まで(00日間)			
	退職者・退職予定者の方は、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	口座番号		フリガナ		退職年月日				
銀行				名義		平成・令和 年 月 日				
支店(普通)										
健康保険組合記入欄	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(日間)				産前産後休業期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで(日間)			
	生産または死産の別	生産(死産) 胎児(胎児) 胎児(胎児)				記載のとおり相違ありません。	令和 年 月 日			
	出生児の数	単胎(双胎) (医療機関)				注)1項目も本人は記入してはいけません。				
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。										
事業主証明欄	勤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(日間)								
	給与の支払い	一部 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日間)				事業主(会社)の証明欄です。				
	令和 年 月 日	事業所名								
	上記のとおり証明します。 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)				
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				支給決定月額	日額	第 等級		
	通院	円 × 日 円 × 日 円 × 日 円 × 日								
※ 休業した期間は、出産のために休業した期間を記入。(育児休業期間は含みません。)										
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項			受付年月日	

