

出産手当金・出産手当金付加金 請求書

日本電気健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 記号・番号	記 号		番 号								会社名		
	令和 年 月 日										所属	メールNo.	-	
	氏名										自宅住所 〒			
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日										Tel - -			
	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。													
	休業した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)										左記のうち 入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (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					(普通)					名義		令和 年 月 日		
支店														

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(日間)					左記期間のうち 健康保険使用で 入院した期間	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(妊娠 日)					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 ・ 多胎(児)					所在地						
	特記事項						医療機関名						
						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、医療機関名はゴム印を押印してください。													

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(日間)											
	給与の支払い	全額・一部	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(日間)										
		全額・一部	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで(日間)										
	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					支給決定月額		日額	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		
	被扶養者の有無 あり・なし										支 給 額	円 × 日		円		
												円 × 日		円		
												円 × 日		円		
												円 × 日		円		
												円 × 日		円		
	通院	/ ~ /				日	/ ~ /				日					
	/ ~ /				日	/ ~ /				日						
	/ ~ /				日	/ ~ /				日						
/ ~ /				日	/ ~ /				日							
計					日	計					日	計		円		
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