

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 險 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 銀行 支店		口座番号 (普通)	フリガナ 名義	退職年月日 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			
	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)			

医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明 欄	出生予定年月日	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。 所在地	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	医療機関名	
	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、医療機関名はゴム印を押印してください。				

事 業 主 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 円	日額 円	第 級等	
	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	× 日	円
	/ ~ /	日	× 日		円	
	通 院	入 院	× 日		円	
	/ ~ /	日	× 日		円	
	計 日 計 日			計		円
	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項
	承認欄					