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　）

被保険者の記号・番号	ー	事業所名称	
被保険者の住所			
被保険者の氏名		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	年　月　日 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）	銀行名　支店名　口座番号　口座名義（ﾌﾘｶﾞﾅ）		

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		
	生産または死産の別	生　産・死　産（妊娠　ヶ月）		多胎　（　児）
	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　金　円　日　額 年　月　日までの分　（　月　日支払）（金　円）
		一部支給の場合	年　月　日から　金　円　日　額 年　月　日までの分　（　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 事業主の 住 所 氏 名 事業所担当確認欄　☐ 記載内容について誤りがないか請求者本人に確認している。		

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 被保険者（請求者） 住 所 氏 名	代理人の氏名	被保険者との関係
		代理人の住所・電話番号	
		住 所 電話　（　）	