

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)

被保険者証の記号・番号	11 - 123456	事業所名称	株式会社〇〇〇〇
被保険者の住所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
被保険者の氏名	健保 愛子	標準報酬月額	000千円
分娩予定年月日	XX年XX月XX日	分娩年月日	XX年XX月XX日
分娩のため休んだ期間	から XX年XX月XX日 まで XX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	XX年XX月XX日から XX年XX月XX日まで		XX日分 00,000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 〇〇〇銀行	支店名 △△△支店	口座番号 123456 口座名義(フリガナ) 健保 愛子

医師又は助産師の意見	分娩年月日	XX年XX月XX日	出生児の数	単胎 多胎 (児)
	分娩予定年月日	XX年XX月XX日		
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠ヶ月)		
	上記のとおり相違ありません。 XX年XX月XX日 (職名 医師) 住所 〇〇県〇〇市△△町1 〇〇クリニック 氏名 〇〇〇〇 ※医師が記入(証明)して下さい。			

事業主の証明	労務に服さなかった期間	XX年XX月XX日から XX年XX月XX日まで XX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	XX年XX月XX日から XX年XX月XX日までの分 金 000,000円 日額 (XX月XX日支払) (金 0,000円)
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日までの分 金 円 日額 (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。 事業主の住所 〇〇県〇〇市△△町1 株式会社〇〇〇〇 氏名 〇〇〇〇 ※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。			XX年XX月XX日
		事業所担当確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	代理人の氏名	被保険者との関係
	年 月 日		
	被保険者(請求者)住所	代理人の住所・電話番号	
	氏名	住所	電話 ()