

出産手当金請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、出産手当金を請求します。

				請求日	令和	年	月	日	
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要				
	被保険者氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	住所 電話番号	〒(-)		日中に連絡可能な電話番号 (-)					
	事業所 所属 社員番号	会社名	支店・営業所・部門		社員番号 ()				
	請求する期間の別 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 産前	分娩予定日 (産前期間の請求をするとき)	令和	年	月	日	単胎・多胎の別 (該当に✓印)	<input type="checkbox"/> 単胎
		<input type="checkbox"/> 産後	分娩日	令和	年	月	日		<input type="checkbox"/> 多胎
	出産のため労務に 服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)							
委任状	(会社名) 本請求に基づく給付金の受領を に委任する。								
	令和 年 月 日 被保険者 自筆署名								

助産師 の 証明 欄	分娩予定日	令和	年	月	日	分娩日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関名									
	令和 年 月 日 住所 医師または 助産師の氏名									

事業主 の 証明 欄	出産のため労務に 服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)									
	上記期間中の報酬	<input type="checkbox"/> 支給しない	<input type="checkbox"/> 支給した (支給する)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日までの報酬として (円)
	上記のとおり相違ないことを証明します。			事業所担当者名・受付日の記入、または押印							
	令和 年 月 日			受付日: 令和 年 月 日							
	事業主 住所 名称 氏名			社会保険労務士 確認欄							

※ 「医師または助産師の証明欄」は、産前・産後に関わらず、必ずご記入ください。
 ※ 提出前に、記入・添付書類の不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- 勤務票
- (退職後に請求する場合)
給付金・補助金 送金依頼書

健保組合 担当

健保組合 受付印
