出産手当金請求書

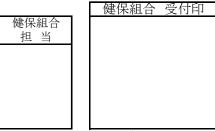
九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、出産手当金を請求します。								令	和 🔘	9 年 〇〇) 月 〇〇	目	
請求者記入欄	被保険者証の 記号・番号	記号 9	番号 9	番号 99999		個人番号(12桁)		左欄に「記号・番号」を		入の場合は	不要		
	被保険者氏名	九	生年月日		□ 昭和□ 年 ○ 月 ○ 日□ 平成								
	住所 電話番号	〒(815 福岡市南		(000 - 0000 - 0000)									
	事業所	会社名	支店•	支店·営業所·部門 社員番号 (987654) ▲ ▲ 支店									
	請求する期間の別 (該当に √ 印)	☑ 産前 ☑ 産後	分娩予算 (産前期間の請求 分娩 F	えをするとき)	令和	3 年3 年	5 月5 月	15 15		胎・多胎の別 該当に √ 印)	□ 単朋□ 多朋		
	出産のため労務に 服さなかった期間	令和 3 4	手 4 月	4 日から	- 令和	3 年	7 月	10	日まで	(98	日間)		
	麥 任	(会社名) づく給付金の受領を 株式会				会社●● に委任する。							
	∜ 令和 ○	OO 年 OO 月 OO 日 被保険者 自筆署名											
助				目	分娩日		 令和	年	月				
卸の記	医師ままた 合和 年 月 日 住所 医師または 助産師の氏名					医師または助産師が記入							
	出産のため労務に 服さなかった期間	令和 3 4	手 4 月	4 目から	, 令和	3 年	7 月	10	目まで	(98	日間)		
	上記期間中の報酬	✓ 支給しない□ 支給した○ 支給した○ 支給する)○ 令和			年 年	年 月 日までの報酬として (
事業主の証明	中 → 中 → 中 → 中 → 中 → 中 → 中 → 中 → 中 → 中 →	受付	事業所担当者名・受付日の記入、または押印 受付 日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日 担当者名 おまたは およりまたは およりまたは										
欄	住所 名称 株式会社●● 氏名 代表取締役 △△ △△					社会保険労務士 確認欄 必要に応じて、社会保険労務士 記載							

- ※「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



2022.1 帳票No.107