

健康保険出産手当金請求書

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被保険者が記入するところ	被保険者証等 記号と番号	記号 番号	被保険者氏名																		
	事業所の名称																				
	被保険者の 郵便番号と 現住所	〒		TEL () -																	
	出産年月日	令和		年		月		日	出産予定年月日	令和		年		月		日					
	単胎・多胎妊娠の別	ア. 単胎				イ. 多胎															
	請求期間 (出産のため休んだ期間)	令和		年		月		日から	請求期間に給料を 受けましたか	ア. 一部受けた		イ. 受けられない									
任意継続及び退職者 は振込を希望する金 融機関名と電話番号 と預金口座番号	金融機関名 (郵便局は除く)				支店名																
	口座名義人 (カタカナ)				普・当 口座番号																
	口座名義人電話番号		()																		
医師又は助産師の証明	出産年月日	令和		年		月		日	出産予定 年月日	令和		年		月		日	生産・ 死産の別	生産・死産 (妊娠第 週又は第 月)	単胎・多胎 妊娠の別	単胎 多胎 (児)	
	上記のとおり相違ないことを証明いたします										令和 年 月 日										
	医療機関等の所在地																				
	医療機関等の名称																				
医師又は助産師の氏名										TEL											
事業主が証明するところ	労務に服さなかつ た期間 (出産手当金請求期間)	令和		年		月		日から	日間	令和		年		月		日まで	左の期間に対して報酬を 支給しているかどうか	ア. 一部支給した		イ. 支給しない	
	※この期間の出勤簿を添付して下さい。																				
	報酬の一部を支給 したときの期間	月 日		～		月 日		日間		令和 年 月 日											
標準報酬月額							千円		事業主 (代理人) 職 氏 名												

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件支給決定してよろしいか			自 年 月 日			日分	¥	支給
常務理事	事務長	係員	至 年 月 日					