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)

	被保険者証等 記号と番号	記号 ©© 被保険者氏名 健 保 さ く ら							
被保険者が記入するところ	事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社◎◎部							
	被保険者の 郵便番号と 現 住 所	〒 000-000 000市0000町0-00 000ハイツ000							
	出産年月日	令和							
	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 1年 9月20日から 108 請求期間に給料を ア・一部受けた 令和 2年 1月 6日まで 日間 受けましたか グ 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) □座名義人 (カタカナ) □座名義人電話番号 (加度を記入してください。							
医師	出産年月日 令和 1年1	出産予定 令和 1年11月 1日 生産・ 生産 死 産 単胎・多胎 妊娠の別 (妊娠第 週又は第 月) 単胎・多胎 (児)							
又は助産師の証明	上記のとおり相違ないことを証明いたします 令和 2年 2月 2日 医療機関等の所在地 □ 市 □ 町 □ □ 番地 医療機関等の名称 □ □ □ □ □ □ □ 雨院 医師又は助産師の氏名 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								
事業主が記	労務に服さなかっ た期間 (出産手当金請求期間)	令和 年 月 日から 日間 左の期間に対して報酬を支給しているかどうか ※この期間の出勤簿を添付して下さい。 大の期間に対して報酬を支給しているかどうか イ. 支 給 し な い							
証明するところ	報酬の一部を支給 したときの期間	令和年月日 月日~月日日間 事業主 (代理人)							
ところ	標準報酬月額	千円 職氏名							

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

Ī	本件支給決定してよろしいか									
	常務理事	事務長	係 員	自	年	月	\Box			
				至	年	月	В	日分	¥	支給