

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	被保険者証の記号と番号	記号 ◎◎ 番号 ◎◎◎◎◎	被保険者氏名	健 保 さ く ら												
	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	〒 ◎◎◎-◎◎◎◎ ◎◎◎市◎◎◎◎町◎-◎◎ ◎◎◎ハイツ◎◎◎ Tel (◎◎◎) ◎◎◎◎-◎◎◎◎														
	出産年月日	令和	年	1	月	1	日	1	出産予定年月日	令和	年	1	月	1	日	1
	単胎・多胎妊娠の別	ア. 単 胎 <input checked="" type="radio"/> イ. 多 胎 <input type="radio"/>														
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 日間			請求期間に給料を受けましたか		ア. 一部受けた <input type="radio"/> イ. 受けられない <input checked="" type="radio"/>							
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) <input type="checkbox"/> 座名義人 (カタカナ) <input type="checkbox"/> 座名義人電話番号 ()		支店名		任意継続及び退職者の方は振込先を記入してください。											
医師又は助産師の証明	出産年月日	令和 1年 11月 11日	出産予定年月日	令和 1年 11月 1日	生産・死産の別	生産 <input checked="" type="radio"/> 死産 <input type="radio"/> (妊娠第 週又は第 月)		単胎・多胎妊娠の別	単胎 <input checked="" type="radio"/> 多胎 (児) <input type="radio"/>							
	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				太枠内の青色文字は医師が記入します。										
医療機関等の名称	□□□□□□病院															
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		ア. 一部支給した <input type="radio"/> イ. 支給しない <input type="radio"/>						
	報酬の一部を支給したときの期間	令和 年 月 日まで			※この期間の出勤簿を添付して下さい。					令和 年 月 日						
	標準報酬月額	月 日 ~ 月 日 日間			千円			事業主 (代理人)		職 氏 名 印						

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			