

健康保険 出産手当金 請求書 (第 回 目)

被保険者証の記号—番号	1 0 1 - 2 3 4 5 6	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 〇月 〇日			
被保険者の氏名	東 真紀子		事業所名(会社名) 東武百貨店 池袋店			
被保険者の住所	〒 171-00△△ 連絡先(自宅又は携帯) 090 - 〇〇〇〇 - ××××					
分娩のため休んだ期間(申請期間)	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日 まで 〇〇日間					
申請期間の報酬について	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 受けない					
上記期間中に報酬を受けたときは、その期間および額	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 円					
病院、産院または診療所に入院された場合は、その名称および所在地	病院等の名称 東里メディカルセンター 所在地 東京都豊島区北本〇—〇〇—〇					
給付金の受取方法を下の欄の、①振込口座欄(被保険者本人の口座への振込を希望される場合)、または②委任状欄(事業主(会社)経由での給付金の受取を希望する場合)の、どちらかを選択して記入して下さい						
被保険者が記入するところ	① 振込口座	金融機関名 〇〇▲▲銀行	支店名 南池袋	種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 〇〇××△△□	口座名義(カタカナ) ヒガシ マキコ
	② 委任状(受領を代理人(事業主)に委任する場合のみ記入)	被保険者(請求者) 氏名	(受領を会社(代理人)に委任する場合はこちらを記入)			
	代理人 住所 氏名					

健保受付日付印

事業主が証明するところ	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
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合 年 月 日から 年 月 日まで 日間 金 円 日額 (月 日支払) 金 円
		一部支給の場合 年 月 日から 年 月 日まで 日間 金 円 日額 (月 日支払) 金 円
	現在までもまた将来も支給しない場合は、その旨	会社が記入します
上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	
住所		
事業主の氏名		
電話番号		

※申請期間全ての勤務実績表の写し、賃金台帳の写しを必ず添付してください。

医師または助産師の証明	分娩年月日	年 月 日	単胎または多胎の別	単胎 ・ 多胎 (児)
	分娩予定年月日	年 月 日		
	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 カ月)
	上記のとおり相違ないことを証明します。	病院等に記入していただいで下さい		
住所	年 月 日			
氏名	(職名)			
電話番号				

健康保険組合記入欄	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長・係長	主任	担当者
	支払額	円					
	支給内訳	出産手当金	健康保険組合が記入します	資格取得	年 月 日		
	出産手当付加金	資格喪失	年 月 日				
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日間	標準報酬月額	千円			
			年 月から	千円			

※電子メールでの受付は行っておりません。会社の人事担当に提出して下さい。

※この請求書はA3サイズです。A3サイズ以外では受付を行っておりません。