

出産手当金請求書

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	係

被 保 険 者 記 入 欄			事 業 主 証 明 欄		
被保険者証 記号一番号	□□□□—□□□□□□□		労務に服さ	分 娩 前	年 月 日
生 年 月 日	年 月 日		なかった期	分 娩 後	年 月 日
資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		間	計（日数）	日間
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日		支 給 し た 報 酬		年 月 日 ～
労務に服さ なかった期 間中に報酬 の全部、又 は一部を受 けたとき、 又は受けら れるとき	報 酬 額	円			
	期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			
医師、又は 助産師の 記入欄	分 娩 日	年 月 日	上記内容に相違ないことを証明する。 事業所 名称 事業主 氏名		
	分娩予定日	年 月 日			
	出生児数	単 胎 ・ 多 胎 （ 児 ）			
	住所 氏名				
委 任 欄			N X グループ健康保険組合記入欄		
上記の通り請求します。なお本金額の受領を右記事業主に委任します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名			整 理 番 号		
			決 定	日 数	自 年 月 日 至 年 月 日
				金 額	円
			・ 産前分、産後分をまとめて請求すること ・ 「医師又は助産師の記入欄」は医療機関に記入を依頼すること		
			添付提出書類		
			・ 出勤簿（写し） ・ 母子手帳（写し：妊婦名、分娩予定日及び分娩日記載ページ）		