ＮＸグループ健康保険組合　理事長殿

店所名（支店コード）：

常務理事	ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ	シニアリーダー	リーダー	係

出産手当金請求書

被保険者記入欄

被保険者等 記号ー番号		□□□□—□□□□□□
生年月日		年　月　日
資格取得年月日		年　月　日
資格喪失年月日		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
	分娩予定日	年　月　日
	出生児数	単胎・多胎（　児）
	医療施設の所在地・名称	
	医師・助産師氏名	

委任欄

記載内容の通り請求します。なお本請求書の提出及び給付金の受領を右記事業主に委任します。

年　月　日

被保険者　住所（建物名、部屋番号まで記入）

氏名（自署）※PC入力の場合、押印要

事業主証明欄

労務に服さなかった期間	分娩前	年　月　日
	分娩後	年　月　日
	計（日数）	日間
支給した報酬		年　月　日　～
		年　月　日
		円

上記内容に相違ないことを証明する。

年　月　日

事業所　名称

事業主　氏名

ＮＸグループ健康保険組合記入欄

整理番号		
決定	日数	自　月　日 至　月　日
	金額	円

被保険者・事業所向け注意事項

・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）