

出産手当金・出産手当金付加金請求書 (第 回)

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	-	氏 名		
	被保険者の業務の種別		生 年 月 日	年 月 日	
	事業所の名称				
	被保険者の住所	電話 ()			
	出産前後 どちらの請求ですか	出産前 出産後	出産予定年月日	年 月 日	
			出産した年月日	年 月 日	
	出産のため休んだ期間 ※出産予定日以前(出産日が予定日より早かった場合は出産日以前)42日から 出産後56日までの間で休んだ期間		年 月 日から 年 月 日 (日間)		
	上記の休んだ期間中に報酬を受けられますか	はい いいえ	「はい」の場合、 その期間と報酬額	年 月 日 から 年 月 日 (日間) 円	
	上記の期間中に有給休暇を取得した期間(日)はありますか	はい いいえ	「はい」の場合、有給休 暇を取得した期間(日)	年 月 日 から 年 月 日 (日間)	
	委任状 ※退職者は記入不要	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ※本人署名がある場合は、捺印不要です。			
振込希望の金融機関 ※退職者のみ記入	金融機関名		支店名		
	口座番号	普通・当座 No.	フリガナ		
			口座名義		

医 師 ま た は 助 産 師 が 記 入 す る 欄	出産者の氏名			
	出産予定年月日	年 月 日	出 産 年 月 日	年 月 日
	単胎または多胎の別	単胎・多胎 (児)		
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠経過期間 満 週)		
	上記のとおり相違ありません。		年 月 日	
	医療機関所在地			
	医療機関の名称			
	医師の氏名	電話 ()		

事 業 主 が 証 明 す る 欄	被保険者氏名			給与区分	月給者・日給者・時給者
	労務に服さなかった期間 ※出産予定日以前(出産日が予定日より早かった場合は出産 日以前)42日から出産後56日までの間		年 月 日から 年 月 日 (日間)		
	上記の期間中に報酬を支給しました(します)か	はい いいえ	「はい」の場合、 その期間と報酬額	年 月 日から 年 月 日 (日間) 円	
	上記の期間中に有給休暇を取得した期間(日)はありますか	はい いいえ	「はい」の場合、有給休 暇を取得した期間(日)	年 月 日から 年 月 日 (日間)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日		
	所在地				
	事業主 名称				
	氏 名	電話 ()			

【添付書類】 労務に服することができなかった期間分を含む次の書類のコピー

①出勤簿

②賃金台帳