出産手当金・出産手当金付加金請求書　（第　1　回）

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合　御中　　提出日：　2020　年　6　月　27　日

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号・番号	29 - 1234	氏　名	神栄　桜子
被保険者の業務の種別	事務	生年月日	1990 年　1 月　10 日
事業所の名称	神栄㈱本社		
被保険者の住所	神戸市中央区京町●町●丁目●番地 電話　078（　111　）1234		
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	2020　年　4　月　25 日
		出産した年月日	2020　年　5　月　1　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			2020 年　3 月　15　日から 2020 年　6 月　26　日 （　104　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。　2020　年　6　月　10　日 被保険者氏名　神栄　桜子 ※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		
	口座番号	普通　・ No.	口座名義

この欄は退職者のみ記入してください。

医師または助産師が記入する欄

出産者の氏名	神栄　桜子		
出産予定年月日	2020　年　4 月　25 日	出産年月日	2020　年　5 月　1 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　週　週）		
上記のとおり相違ありません。 医療機関所在地　神戸市兵庫区●●町 医療機関の名称　●●レディースクリ 医師の氏名　●●　●●			月　1　日 電話　078（　123　）9999

この欄は、医師または助産師の記入欄です。
出産した医療機関の医師または助産師に記入を依頼してください。

事業主が証明する欄

被保険者氏名	神栄　花子	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			2020　年　3　月　15　日から 2020　年　6　月　26　日（　104　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	年　月　日から 日間）
上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地　神戸市中央区京町７７－１ 事業主　名　称　神栄株式会社 氏　名　○○　○○○			日 電　話　078　（392）　9999

この欄は事業主記入欄です。
各社の健康保険ご担当者にお渡しください。

【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