

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中

### 出産手当金 請求書

令和 年 月 日

被 保 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	氏名
	住所	TEL		
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。			
	分べん年月日	令和 年 月 日	分べん予定日	令和 年 月 日
	分べんのため休業した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	左記期間のうち入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	<b>退職者記入</b> 退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可			
	金融機関名	支店名	種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 フリガナ 口座名義
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)			備考欄	

医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 欄	分べん年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 日)	
	分べん予定日	令和 年 月 日	胎児の数	単胎・多胎(児)	
	入院期間	自費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日	
		健保	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	住所	
	お願い	・訂正箇所には訂正印を押印願います ・住所・医療機関名称はゴム印を押印願います		医療機関名称	医師・助産師名 TEL

事 業 主 証 明 欄	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	
	給与の支払 【賃金台帳 の添付】	<input type="checkbox"/> 全額支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
		<input type="checkbox"/> 一部支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
		不支給	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	給与区分	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給	育児休職開始年月日 令和 年 月 日
上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日 事業所名 事業主(代理人)名			

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	報酬月額	年 月	円	平均月額	円	
	資格喪失日	令和 年 月 日	報酬月額	年 月	円	平均日額	円	
	支給開始日	令和 年 月 日	報酬月額	年 月	円	手当金日額	円	
	分べん予定日	令和 年 月 日	分べん日	令和 年 月 日	退職後/ 喪失前日から42日以内の出産&喪失前日休業	<input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1年以上		
	産前	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	<input type="checkbox"/> 分べん日 <input type="checkbox"/> 予定日					
	産後	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	合計	日間				
	期間	日数	手当金日額	報酬等	金額	備考		
	/ ~ /		円	円	円			
	/ ~ /		円	円	円	受付NO		
	/ ~ /		円	円	円	計	円 受付年月日	