

出産手当金・出産手当付加金 請求書

日本電気健康保険組合 御中

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号	000	番号	00000000	会社名	NEC〇〇〇〇	TELNET	8 - 000 - 000
	氏名	健康 〇子 (健康)			所属	〇〇〇〇事業部	メールNo.	00 - 0000
	生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			自宅住所 〒	000-0000 〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇 000-00 Tel 000-000-0000		
	休業した期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで (〇〇日間)			左記のうち 入院した期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで (〇〇日間)		
退職者、退職予定者の方は記入してください。								
金融機関名		口座番号		フリガナ	退職年月日			
銀行				名義	平成 年 月 日			
支店 (普通)								

医師または助産師の証明欄	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
	入院期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	左記のうち平成 年 月 日から 健康保険使用で の入院した期間	平成 年 月 日まで ( 日間)
	産まれた 死産の別	生産・死産(妊娠 週)	記載のとおり相違ありません。	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎( 児)	医療機関名	
特記事項				医師または助産師の氏名 (印)
お願い：文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。				

事業主証明欄	勤務に就かなかった期間 (勤務管理表添付)	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( 日間)
	給与の支払い	全額・一部 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( 日間) 一部 平成 年 月 日まで( 日間)
	事業所名	事業主名 (代理人) (印)
上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 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。		

健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	標準報酬月額	千円	日額	円	第 等級	
	支給開始日	平成 年 月 日	第 回	支給期間	/ ~ /	支給日数	産前 日 産後 日	累計	日	
	被扶養者の有無					あり・なし				
	通院	/ ~ /	日	入院	/ ~ /	日	円 ×	日	円	
		/ ~ /	日		/ ~ /	日	円 ×	日	円	
		/ ~ /	日		/ ~ /	日	円 ×	日	円	
計					計	計	計	円		
承認欄	常務理事	事務長	マネージャー	主任	担当	特記事項		受付年月日		