

出産手当金・出産手当金付加金 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	記号	000	番号	00000000	会社名	NEC〇〇〇〇	TELNET	8 - 000 - 000
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	氏名	健康 〇子			所属	〇〇〇〇事業部	メールNo.	00 - 0000
	生年月日	昭和・平成	令和 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				
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。								
退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。	休業した期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から	左記のうち	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から					
		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで(〇〇日間)	入院した期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで(〇〇日間)					
	金融機関名	口座番号	フリガナ	退職年月日					
	銀行		名義	平成・令和	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	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日
	入院期間	令和 年 月 日から	産前期間	令和 年 月 日から
	生産または死産の別	死産の別	死産の別	死産の別
	出生児の数	単胎	多胎	多胎
	特記事項	医師または助産師の氏名		

医師または助産師に記入(証明)してまいります。
注)1項目も本人は記入してはいけません。

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	学務に就かなかった期間(勤務管理表添付)	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日間)
	給与の支払い	一部 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで(日間)
	令和 年 月 日	事業所名

事業主(会社)の証明欄です。

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。

事業主名 (代理人)

健康保険組合記入欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	支給決定月額	円	日額	円	第 等級
	支給開始日	令和 年 月 日	第 回	支給期間	/ ~ /	支給日数	産前 日 産後 日	累計	日
	通院	〇	〇	〇	〇	円 ×	日	円	
		〇	〇	〇	〇	円 ×	日	円	
		〇	〇	〇	〇	円 ×	日	円	
	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		

※ 休業した期間は出産のために休業した期間を記入。(育児休業期間は含みません。)