

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	番号	会社名	TELNET	-	-
	令和 年 月 日			所属	メールNo.	-	
	氏名			自宅住所 〒			
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日			Tel - -			
	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。						
休業した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)			左記のうち 入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)		
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。							
金融機関名		口座番号		フリガナ	退職年月日		
銀行		(普通)		名義	令和 年 月 日		
支店							

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 令和 年 月 日まで (日間)			左記期間のうち 健康保険使用 で入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)		
	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠 日)			記載のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
	出生児の数	単胎・多胎(児)			所在地			
	特記事項				医療機関名			
					医師または助産師の氏名			
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	労務に就かなかつた期間 (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	全額・一部	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (日間)			全額・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		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	
	被扶養者の有無			あり・なし				
	通院	/ ~ /	日	/ ~ /	日	円 ×	日	円
	入院	/ ~ /	日	/ ~ /	日	円 ×	日	円
計		日	計	日	円 ×	日	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		