

# 出産手当金 請求書

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—	被保険者氏名			被保険者の生年月日	
					昭	平	年 月 日
	事業所	名称	所属	(工場・支社) (部署名)			
	出産のため労務に服さなかった期間 (請求期間)	自 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	日間	単胎・多胎別	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎
	出産予定年月日	平・令 年 月 日	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)				
	出産年月日	平・令 年 月 日					
	上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日						
	住所 〒	—	資格喪失(予定)者記入欄		(金融機関コード)	(店番コード)	
	被保険者氏名(請求者氏名)		Ⓜ		(フリガナ)		
	電話番号 ( )				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店	
				<input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 出張所			
医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産予定年月日	平・令 年 月 日	以上の内容に相違ありません。				令和 年 月 日
	出産年月日	平・令 年 月 日					
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 週) <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヵ月)	単胎・多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	住所(所在地)	医療機関名	
					医師名	Ⓜ	
事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで	日間	給与形態	<input type="checkbox"/> 完月給 <input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記の 期間中の 分として 支払う 報酬関係	(ア) 全額支給した場合、 又は支給する場合	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日までの分として	金 円	(日額 金 円)		
		(イ) 一部支給した場合、 又は支給する場合	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日までの分として	金 円	(日額 金 円)		
		(ウ) 現在までも又、 将来も支給しない 場合は、その旨					
	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 Ⓜ						