

記入例

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追加されたことにご同意の上、申請いたします。
太枠内をもれなく記入してください。訂正は印が必要

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	9999 - 123456	被保険者氏名	健保 愛子	被保険者の生年月日	昭・平 58 年 6 月 8 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 元 年 5 月 23 日 至 平・令 元 年 9 月 1 日	102 日間	単胎・多胎別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎		
	出産予定年月日	平・令 元 年 7 月 3 日					
医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産年月日	平・令 元 年 7 月 7 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)				
	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 元 年 9 月 5 日	住所 〒 ○○○ - ○○○○ ○○県○○市○○町○番○号 ○○アパート ○○号室	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) 健保 愛子	電話番号 001 (234) 5678	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	普通	口座番号(7桁)	フリガナ
							※請求者名義の口座に限る
事 業 主 記 入 欄	出産予定年月日	平・令 元 年 7 月 3 日	以上の内容に相違ありません。 令和 元 年 9 月 4 日				
	出産年月日	平・令 元 年 7 月 7 日	住所(所在地)	○○県○○市○○町○丁目○番地			
	生産・死産 (妊娠第 40 週) もれなく医師または助産師に証明を受けてください。	単胎・多胎の別 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	医療機関名	大坂○○○産婦人科			
			医師名	大坂 一郎			
事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	平・令 元 年 5 月 23 日から 平・令 元 年 9 月 1 日まで 102 日間	給与形態	<input type="checkbox"/> 完月給 <input checked="" 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 金 円 (日額)	平・令 年 月 日 までの分として (月 日支払) (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 金 円 (日額)	平・令 年 月 日 までの分として (月 日支払) (金 円)			
		(ウ) 現在までも又、 将来も支給しない 場合は、その旨	現在までも又、将来も支給しません。				
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 元 年 9 月 7 日							
事業所所在地 ○○○県○○市○○町○丁目○番地 事業所名称 ○○○○○会社 事業主氏名 取締役社長 ○○ ○○							