

※ 支給 決議 書	支給額				常務理事	事務局長	グループ長	担当者	
	支給期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで		資格 喪失	平成 年 月 日	平成 年 月 日		
		出産年月日	平成 年 月 日	標準報酬月額		千円			
	備考							傷病コード	

出産手当金請求書

(被保険者へ)
の注意事項

(4)(3)(2)(1)

①および②は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
退職後の方は、⑤は在職時の事業所名を記入して下さい。
③の期間は、出産の日以前が四十二日間(多胎九十八日間)、出産の日後が五十六日間を限度として支給されます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号 111 番号 12345	② 被保険者の氏名と印	日航 花子 <small>本請求により受領する保険給付金は、専業主に委任します。</small>	③		
	④ 被保険者の現住所	〒 123-1234 東京都大田区羽田1-2-3			TEL 03(123)1111		
	⑤ 被保険者の勤務する事業所名	株式会社日航〇〇		支店名又は所属郵便	△△部 〇〇課 TEL 03-123-0000		
	⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 5年 4月 1日	⑦ 被保険者の標準報酬月額	千円			
	⑧ 出産予定年月日	平成 年 月 日	⑨ 出産年月日	平成 21年 7月 20日			
	⑩ 出産のため休んだ期間	平成 21年 6月 1日から 平成 21年 9月 14日まで		106 日間			
	⑪ ⑩に書いた期間に対する報酬はありますか	ある ・ ない					
	⑫ ⑩に書いた期間で有給休暇をとった場合その期間	平成 21年 6月 1日から 平成 21年 6月 4日まで 4 日間					
	資格喪失後に申請する方への注意事項						
	1. 現在加入している健康保険の保険証(写)を添付して下さい。 2. 被保険者本人名義の振込先をご記入下さい。						
銀行・労働金庫 信用金庫・信用組合 農協			本店 支店 出張所	金融機関番号	店番番号		
普通(総合) 当座	口座番号	名義 (カナ)					

受付日付印