1枚目

◎この申請書は**2枚一組**です。次ページに事業主証明欄、医師・助産師証明欄があります。

※支給決議書								
支給額					常務理事	事務局長	リーダー	担当者
支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間							
					資格	得	平成・令和　年　月　日	
						喪	令和　年　月　日	
出産年月日	令和　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

被保険者が記入するところ				
①被保険者証の記号と番号	記号 番号	②被保険者の氏名	本請求により受領する保険給付金は、事業主に委任します。	
③被保険者の現住所	〒 TEL　(　)			
④被保険者の勤務する事業所名		支店名又は所属部課	TEL	
⑤被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑥被保険者の標準報酬月額	※　千円	
⑦出産予定年月日	令和　年　月　日	⑧出産年月日	令和　年　月　日	
⑨出産のため休んだ期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間		
⑩	⑨に書いた期間に対する報酬はありますか	ある・ない		
	⑨に書いた期間で有給休暇を取った場合その期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日から	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)を添付してください。
2.被保険者本人名義の振込先をご記入ください。

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	店舗番号

普通(総合)当座	口座番号								名義(カナ)	

受付日付印

日本航空健康保険組合

(被保険者への注意事項)

(1) ※印の欄は記入しないでください。
(2) ①および⑤は、健康保険の被保険者証に書いてあります。
(3) 退職者の方は、④は在職時の事業所名を記入してください。
(4) 出産手当金は、女子被保険者が出産により事業所の勤務を休んだため賃金が受けられない場合に支給されるもので、その期間は、出産の日以前が四十二日間前(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。
(5) ⑨および⑩の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。たとえば、十月二十九日から十一月四日までは七日間となります。

◎この申請書は**2枚一組**です。1ページ（被保険者記入欄）とあわせてご提出ください。

事業主への注意事項

(6) ⑬の「全部支給」または「一部支給」とは一日当りの賃金の全部または一部の意味であること。

(7) ⑬の㋐と㋑にわたるときは、両欄にそれぞれの事柄を記載すること。

(8) ⑬と㋒の欄は「現在までにもまた将来にも支給しない」と記載して下さい。

(9) 被保険者の資格を喪失した後の期間については、事業主の証明を要しません。

(10) **⑭出勤簿（写）を必ず添付してください。**

事業主が記入するところ			
⑪被保険者氏名			
⑫労務に服さなかった期間		令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間
⑬ 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	令和　年　月　日から　金　円 令和　年　月　日まで　（　月　日支払）	日額 金　円
	イ 一部支給した場合又は支給する場合	令和　年　月　日から　金　円 令和　年　月　日まで　（　月　日支払）	日額 金　円
	ウ 現在までにも又将来も支給しない場合は、その旨		
⑭上記の⑫に書いた期間中で有給休暇を取った期間		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日　日間	

上記の通り相違ないことを証明します。

委任を受けた保険給付金は当事業主と貴組合の間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。　令和　年　月　日

事業主（代理人）⑮　住所

氏名

TEL　（　）

（共通する注意事項）

（14） **ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。**

（15） ⑫、⑭および㉑の期間の計算は、両端を入れて、間違いなく計算してください。
たとえば、10月29日から11月4日までは7日間となります。

医師又は助産師への注意事項

(11) ⑲、⑳および㉒の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。

(12) ⑲欄の「死産」を丸で囲んだ場合は、妊婦幾箇月の死産であるかを該当欄に付記してください。

(13) **⑱出産予定日も必ず記入してください。**

医師又は助産師が意見を書くところ				
⑯出産者氏名				
⑰出産年月日	令和　年　月　日　出産			
⑱出産予定日	令和　年　月　日			
⑲生産又は死産の別	生産 死産(妊娠　週　日)	⑳出生児の数	単胎 多胎(　児)	
㉑入院して出産したときはその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日間	㉒入院費用の別	健保・自費 公費・その他

上記の通り相違ありません。

令和　年　月　日

㉓ 住所

医療機関名

㉔ 医師・助産師の氏名

TEL　（　）

日本航空健康保険組合