

◎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											
				資格		得喪		平成・令和 年 月 日		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を受けられない場合、その期間は、

(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では七日間

①被保険者証の記号と番号	記号 111	②被保険者の氏名	日航 花子 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。	
	番号 12345			
③被保険者の現住所	〒123-1234 東京都大田区羽田空港1-2-3 TEL 03(1234)1111			
④被保険者の勤務する事業所名	株式会社JAL〇〇		支店名又は所属部課	△△部 〇〇課 TEL03-1234-0000
⑤被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 24年 4月 1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 3年 2月 1日		⑧出産年月日	令和 3年 1月 30日
⑨出産のため休んだ期間	令和 2年 12月 20日から 令和 3年 3月 27日まで			98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2年12月20日から 令和2年12月24日から 5日間	

資格喪失後に申請する方への注意事項

- 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。
- 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