

出産手当金・出産手当金付加金 請求書

日本電気健康保険組合 御中

|         |            |    |                |      |            |                  |                            |
|---------|------------|----|----------------|------|------------|------------------|----------------------------|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証記号・番号 | 記号 | 番号             | 会社名  | NEC〇〇〇〇    | TELNET           | 8 - 000 - 000              |
|         | 氏名         | 健康 | 〇子             | 所属   | 〇〇〇〇事業部    | メールNo.           | 00 - 0000                  |
|         | 生年月日       | 昭和 | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 自宅住所 | 〒 000-0000 | 〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇〇〇 | 000-00<br>Tel 000-000-0000 |
|         | 休業した期間     |    |                |      | 左記のうち      | 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日から | 入院した期間                     |

|                       |        |      |      |          |
|-----------------------|--------|------|------|----------|
| 退職者、退職予定者の方は記入してください。 | 金融機関名  | 口座番号 | フリガナ | 退職年月日    |
|                       | 銀行     |      | 名義   | 平成 年 月 日 |
|                       | 支店(普通) |      |      |          |

|              |         |             |                  |                 |
|--------------|---------|-------------|------------------|-----------------|
| 医師または助産師の証明欄 | 出産予定年月日 | 平成 年 月 日    | 出産年月日            | 平成 年 月 日        |
|              | 産まれた日   | 平成 年 月 日    | 左記期間のうちの健康保険使用期間 | 平成 年 月 日から      |
|              | 死産の別    | 産産・死産(妊娠 週) | 記載のとおり相違ありません。   | 平成 年 月 日まで( 日間) |
|              | 出生児の数   | 単胎 多胎( 児)   | 所在地              | 平成 年 月 日        |

**医師または助産師に記入(証明)してもらいます。**  
**注) 1項目も本人は記入してはいけません。**

|        |                                 |                                 |
|--------|---------------------------------|---------------------------------|
| 事業主証明欄 | 学務に就かなかった期間(勤務管理表添付)            | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( 日間)       |
|        | 給与の支払い                          | 全額・一部 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( 日間) |
|        | 全額・一部 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで( 日間) |                                 |

**事業主(会社)の証明欄です。**

|           |         |             |       |           |        |    |      |
|-----------|---------|-------------|-------|-----------|--------|----|------|
| 健康保険組合記入欄 | 資格取得日   | 昭和・平成 年 月 日 | 資格喪失日 | 平成 年 月 日  | 支給決定月額 | 円  | 第 等級 |
|           | 支給開始日   | 平成 年 月 日    | 支給日数  | 産前 日 産後 日 | 累計     | 円  |      |
|           | 被扶養者の有無 | あり なし       |       |           | 円 × 日  | 円  |      |
|           | 通院      |             |       |           | 円 × 日  | 円  |      |
|           | 計       |             |       |           | 円 × 日  | 円  |      |
|           | 承認欄     | 常務理事        | 事務長   | マネージャー    | 主任     | 担当 | 特記事項 |

**※ 休業した期間は出産のために休業した期間を記入。(育児休職期間は含みません。)**