

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	TELNET	-	-
	平成 年 月 日			所属	メールNo.	-	
	氏名			自宅住所 〒			
	生年月日 昭和・平成 年 月 日			Tel - -			
	在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。						
休業した期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで ( 日間)	左記のうち	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで ( 日間)		
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		(普通)		名義	平成 年 月 日		
支店							

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
	入院期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで ( 日間)	左記期間のうち健康保険使用での入院した期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)
	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 日)	記載のとおり相違ありません。平成 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎( 児)	所在地	
	特記事項	医療機関名		医師または助産師の氏名
お願い：文字を訂正されたときは訂正印を押印してください。所在地、医療機関名はゴム印を押印してください。				

事業主証明欄	労務に就かなかつた期間 (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)
	平成 年 月 日 事業所名	事業主名 (代理人)
上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 当事業所と貴組合との間で 定められた方法で受領し、 請求者へ支給します。		

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	日額 円	第 等級
	支給開始日 平成 年 月 日	第 回	支給期間 / ~ /	支給日数 産前 日 産後 日	累計 日
	被扶養者の有無 あり・なし			円 × 日	円
	通院	/ ~ / 日	/ ~ / 日	円 × 日	円
	入院	/ ~ / 日	/ ~ / 日	円 × 日	円
	計	日	計	円 × 日	円
	計	日	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					受付年月日