

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給	出産手当金	円
			内訳	出産手当金付加金	円
			支給	令和 年 月 日から	日間
資格取得	平・令 年 月 日		期間	令和 年 月 日まで	
資格喪失	令和 年 月 日		標準報酬月額および日額	千円	円
前	始	令和 年 月 日	出産	年 月 日	令和 年 月 日
回	終	令和 年 月 日	備考		
計算式					
出産手当金	円	× 2/3	×	日	= 円
出産手当金付加金	円	× 0.10	×	日	= 円

上記は記入しないでください。

出産手当金・出産手当金付加金請求書

令和 X年 X月 X日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

* 被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務/担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	* 被保険者等 記号・番号	記号 1010	被保険者の 氏名	健保 花子		
		番号 99999				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した出産手当金・出産手当金付加金の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 1-2-3				
	会社名および所属	日本無線株式会社		〇〇 部	〇〇 課	
	出産予定日	令和 X 年 X 月 X 日	出生時の数		単胎 ・ 多胎 (児)	
	出産日	令和 X 年 X 月 X 日				
	出産前後の別	<input checked="" type="checkbox"/> 出産前：出産日を含めて前42日間+出産日が遅れた日まで <input type="checkbox"/> 出産後：出産日の翌日から56日間（請求は出産後が経過した日以降） <input type="checkbox"/> 出産前後：出産前+出産後（請求は出産後が経過した日以降）				
	出産のため 休んだ期間	令和 X 年 X 月 X 日から	53 日間			
		令和 X 年 X 月 X 日まで				
上記の期間中、報酬の全部または一部を受けたときまたは受け得るときはその報酬額および期間。	令和 年 月 日から	日間	金額	円		
	令和 年 月 日まで					

事業主が証明・確認するところ	労務に服さなかった期間		令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	上記期間中、報酬の全部または一部を支給し、または支給すべきものであるときは、その期間および金額	期 間	令和 年 月 日から	日間
			令和 年 月 日まで	
	金 額		円	
<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所名称</p> <p>所在地 事業所の証明</p> <p>事業主氏名</p>				

医師または助産師が意見を書くところ	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
	出 産 予 定 年 月 日	令和 年 月 日		
	正常出産または異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産または死産の別	生 産 ・ 死 産 (ヶ月)
	<p>うえのとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>名 称</p> <p>医療機関名 所在地 医師・助産師の証明</p> <p>氏 名</p>			

① 給付金振込先の確認	② 任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)																																								
		金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他 ()	本店 支店 出張所																																								
		預金種別	普通	口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> (右づめ)																																							
口座名義人	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。) ◆被保険者名義の口座に限る <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																											
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。(上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。																																											
給付金の受取方法についての確認 (任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 1. 在職中 (給付金の受領を事業主へ委任します) <input type="checkbox"/> 2. 任意継続被保険者として、日無健保に加入中 <input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日退職 (退職後の継続給付対象者)		上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください																																										

【事業主確認欄】 (確認後に、 に✓をしてください)

本請求書 (届出書) の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。