

同年月日	令和 年 月 日	常務理事		担当者
支払年月日	令和 年 月 日			
支払金額	円			
出産日	令和 年 月 日	資格取得	昭・平・令 年 月 日	
		資格喪失	令和 年 月 日	
支給期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間			
前回	令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間			

N I P P O健康保険組合

年 月分

## 健康保険

## 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー <small>記号・番号が分からないときはマイナンバーを記入してください</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	フリガナ	フリガナ			被保険者住所	〒		
	被保険者氏名	フリガナ			被保険者住所	〒		
	出産後は、出 産日も記入	出産予定日	令和 年 月 日			出産日	令和 年 月 日	
	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	※出産日（予定日より遅れた場合は予定日）以前の42日（多胎妊娠は98日）～出産後56日の間で休んだ期間（土日祝日を含む）を指します					
委任状 (資格喪失 後の場合 を除く)	私は本件請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します 令和 年 月 日 被保険者 氏名							
医 療 機 関 記 入 欄	出産者 氏名				出産予定日	令和 年 月 日		
	入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで 日間			出産日	令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎 多胎 ( 児)	生産・死産 の別	生産 死産 (妊娠 週)	入院費用の別	健 保・自 費・公 費・その他		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
	医療機関の所在地 医療機関の名称 医師または助産師の氏名 ※文字を訂正された場合は医師または助産師のサインが必要です							
事 業 主 記 入 欄	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						
	上記期間中を対象とした報酬	現在までもまた将来も不支給 ・ あり (一部でも「あり」の場合は下記に記入)						
	報酬あり の場合の 内訳	支給対象期間			報酬の名称	支給金額	支給日	
		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					円	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主の 名称 氏名							

受付日付印

資格喪失後の場合は受取口座をご記入ください。(本人名義に限ります)			
	銀行 金庫 農協		本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	