

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	被保険者証	記号	番号	所属事業所名		
	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	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	