

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			

NIPPPO健康保険組合

※記入例

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 <b>123</b>	番号 <b>12345</b>	所属事業所名 <b>株式会社NIPPPO</b>	
	被保険者氏名	フリガナ <b>ニッポ ミドリ</b> <b>日鋪 みどり</b>		被保険者住所 <b>〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3</b>	
	出産後は、出 産日も記入	出産予定日	令和 <b>元</b> 年 <b>6</b> 月 <b>29</b> 日	出産日 令和 <b>元</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日	
	出産のため休 んだ期間※	令和 <b>元</b> 年 <b>5</b> 月 <b>18</b> 日から 令和 <b>元</b> 年 <b>8</b> 月 <b>26</b> 日まで <b>98</b> 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 <b>元</b> 年 <b>9</b> 月 <b>10</b> 日 被保険者 氏名 <b>日鋪 みどり</b>			
医 療 機 関 記 入 欄	出産者 氏名	<b>日鋪 みどり</b>		出産予定日 令和 <b>元</b> 年 <b>6</b> 月 <b>29</b> 日	
	入院期間	令和 <b>元</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日～令和 <b>元</b> 年 <b>7</b> 月 <b>5</b> 日まで <b>5</b> 日間		出産日 令和 <b>元</b> 年 <b>7</b> 月 <b>1</b> 日	
	生産・死産 の別	<input checked="" type="radio"/> 生産・死産（妊娠 週）	出産時の状態 <input checked="" type="radio"/> 正常 異常	出生児の数 <input checked="" type="radio"/> 単胎 多胎（ 児）	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 <b>元</b> 年 <b>9</b> 月 <b>8</b> 日 医療機関の所在地 <b>東京都中央区八重洲1-2-16</b> 医療機関の名称 <b>八重洲産科クリニック</b> 医師または助産師の氏名 <b>八重洲 良子</b> ※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	
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	