

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 123	番号 12345	所属事業所名 株式会社NIPPPO		
	被保険者氏名	フリガナ ニッポ ミドリ 日鋪 みどり		被保険者住所 〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3		
	出産後は、出 産日も記入	出産予定日	令和 元 年 6 月 29 日	出産日	令和 元 年 7 月 1 日	
	出産のため休 んだ期間※	令和 元 年 5 月 18 日から 令和 元 年 8 月 26 日まで 98 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 元 年 9 月 10 日			被保険者 氏名 日鋪 みどり	
医 療 機 関 記 入 欄	出産者 氏名	日鋪 みどり		出産予定日	令和 元 年 6 月 29 日	
	入院期間	令和 元 年 7 月 1 日～令和 元 年 7 月 5 日まで 5 日間		出産日	令和 元 年 7 月 1 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 元 年 9 月 8 日 医療機関の所在地 東京都中央区八重洲1-2-16 医療機関の名称 八重洲産科クリニック 医師または助産師の氏名 八重洲 良子 ※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	