

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支 給 額
円

ニチレイ健康保険組合 検印欄				受付印
常務理事	事務長	係	係	

出産手当金 請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	—	事業所の名称		
	分娩予定日	年 月 日	分娩年月日	年 月 日	
	分娩のため休んだ期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間			
	受 取 方 法	事業所経由で	<input type="checkbox"/> 受け取る ⇒委任状欄にご署名下さい。(給与口座へ振込み) <input type="checkbox"/> 受け取らない ⇒振込先を記入して下さい(退職者は必ず記入)		
	委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名			
	振込先	ご本人名義の口座に限ります			
		銀行	支店	フリガナ	
	口座番号		口座名義		
	上記のとおり申請します。			年 月 日	
	住所	〒			
	被保険者の 氏名				
医 師 ・ 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	年 月 日	分娩年月日	年 月 日	
	正常分娩・異常分娩の 別	正常 ・ 異常	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	
	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月または 週)			
		上記のとおり相違ないことを証明します。			年 月 日
	医療施設の氏名・所在地				
	医師・助産師名			印	

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	上記の期間中の分として 支払う報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで 日間
		支給金額 円 【支給状況】 <input type="checkbox"/> 支給しない <input type="checkbox"/> 一部支給 <input type="checkbox"/> 全額支給
	上記のとおり相違ないことを証明します。	
	住所	年 月 日
	名称	

【添付書類】 出勤管理簿(写)、賃金台帳