

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	

出産の日(出産が出産予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までの期間で、出産の為に休んだ期間を記入して下さい。

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	2101 - 99999	事業所の名称	ニチレイ
	分娩予定日	04年 5月 6日	分娩年月日	04年 5月 8日
	分娩のため休んだ期間	04年 3月 26日 ~ 04年 7月 3日 100 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 日 冷 花 子			
	ご本人名義の口座に限ります			
振 込 先	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。 04年 7月 17日				
住所 〒101-2345				
被保険者の氏名 東京都中央区〇〇1-2-3 日 冷 花 子				
医 師 ・ 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	04年 5月 6日	分娩年月日	04年 5月 8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。 04年 7月 10日			
医療施設の氏名・所在地 東京都大田区〇〇×-× 〇〇〇病院				
医師・助産師名 〇 〇 〇〇〇 印				

在職者は必ず「受け取る」を選択し、委任状に氏名を入れてください。また、銀行口座は記入しないでください。

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	04年 3月 26日から 04年 7月 3日まで 100 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 0 円	【支給状況】 <input checked="" 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。 04年 7月 10日				
住所 東京都中央区築地6-19-20				
名称 株式会社ニチレイ 〇〇 〇〇				

【添付書類】 出勤管理簿(写)、賃金台帳