

出産手当金請求書

朝信健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者（申請者）の 氏名・生年月日		フリガナ 昭和・平成 年 月 日生	
	被保険者の 住所・電話番号	(フリガナ) 〒 電話 ()					
	分娩のため 休んだ期間	(自)	年	月	日	分娩予定年月日	年 月 日 予 定
		(至)	年	月	日	分 娩 年 月 日	年 月 日 分 娩
	委任状	私は事業主を代理人と定め、本請求にもとづく給付金に関する権限を委任します。 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 (印) 代理人の 住 所 氏 名 (印)					

※退職後に請求する場合は下記に記入してください。

希望する 金融機関	銀 行 信用金庫 本店 信用組合 農 協 支 店				
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号	(フリガナ) 口座名義	

※支給期間に在籍期間が含まれる場合、その期間について証明して下さい。（賃金台帳と勤怠表の写しを添付して下さい）

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間： 年 月 日 ～ 年 月 日まで 日間				
	上記期間中の 分として支払 う報酬関係 ※有給休暇含む	全 額 支 給 の 場 合	年 月 日 ～ 年 月 日 (月 日支払)	円 (日額 円)	
		一 部 支 給 の 場 合	年 月 日 ～ 年 月 日 (月 日支払)	円 (日額 円)	
	現在までも又将来 も支給しない場合に は そ の 旨 記 入				
	欠 勤 控 除 を す る 場 合 は その算出方法をご記入ください		(算出方法)		
	上記の通り相違無いことを証明いたします。 年 月 日 事業主 住 所 氏 名 (印)				
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	分 娩 予 定 年 月 日	年 月 日 予 定	出 生 児 の 数	・単 胎 ・多 胎 (児)	
	分 娩 年 月 日	年 月 日 分 娩			
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 保険医療機関の 所在地及び名称 職 名 () 医師・助産婦氏名 (印)				