令和　　年　　月　　日

農林中央金庫健康保険組合理事長 殿

出 産 手 当 金 請 求 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 区 分 | | 記 号 | | 番号(右詰め) | | | | | | | | | 被保険者氏名・生年月日 | | | | | | | 事業所・所属・連絡先 | | | |
| 一 般 | |  | |  | | |  |  |  |  | |  | フリガナ | | | | | |  | 事業所 |  | | |
|  | | | | | |  |
|  | |  | | 所 属 |  | | |
| (昭・平　　年　　月　　日生) | | | | | | | 連絡先 | (　　　) | | |
| 被保険者が記入するところ | 被保険者の現住所 | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 分娩予定年月日 | | | 令和　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 分娩のため休んだ期間 | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで | | | | | 日間 |
| 分 娩 年 月 日 | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 上に書いた期間の分の報酬を受け  ましたか、または受けられますか | | | | | | | | | | | | | | | 受けた・受けない・受けられる・受けられない | | | | | | | | |
| 報酬支払を受けたとき、または  受けられるときは、その額とそ  の報酬額の基礎となった期間 | | | | | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日までの分として | | | | | | | | 円 | |
| 入院して分娩しましたか  入院しないで分娩しましたか | | | | | | | | | | | | | | | 入院分娩 入院外分娩 | | | | | | | | |
| 入院して分娩したとき | 病院名 | | | |  | | | | | | | | | | 所在地 | |  | | | | | | |
| 入 院 期 間 | | | | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | 日間 | |
| 自費または健康保険で入院しましたか | | | | | | | | | | | | | | | 自 費 ・ 保 険 ・ そ の 他 | | | | | | | |
| * **□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主への受領委任 | | | | | | | （会社名をご記入ください　　支店名は不要）  本請求に基づく給付金の受領を事業主　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。  被保険者氏名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

|  |
| --- |
| 備考欄 |

(健康保険組合使用欄)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支 給・支 払 伺 | 支 給 額 | 法 定 | 円 | 資 格 | 得 | ・　・ | 喪 | ・　・ | |
|  |  | 承認期間 | 自 | ・　・ | 至 | ・　・ | |
| 計 | 円 | 平均月額 | 円 | | 支給  日数 | | 日間 |
| (計算根拠) | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 日 |  | 決 定 日 | | |  | 常務理事 |  | 事務長  （第二種H10）2022.07 | | |  | | 係 | | |  | |
| 処 理 日 | | |  |
| 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 | | | |
| 上の期間中の分と  して支払う報酬関係 | 全額支給した場合  または支給する場合 | | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの分として | | | | | | | | | | | | | | |
| 円(　　月　　日支払) | | | | | | | | 日額 |  | | | | 円 | |
| 一部支給した場合  または支給する場合 | | | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの分として | | | | | | | | | | | | | | |
| 円(　　月　　日支払) | | | | | | | | 日額 | |  | | | 円 | |
| 現在までにも、また将来も支給しない場合はその旨 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違のないことを証明します。  令和　　年　　月　　日  事業所の名称・所在地  　　 事業主の氏名  電 話 　　　　 ( 　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師または助産師が意見を書くところ | 分娩予定年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 分娩予定 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分娩年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 分娩 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 正常または異常分娩の別 | | | 正 常 異 常 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生児の数 | | | 単 胎 多 胎 ( 　 児) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生産または死産の別 | | | 生 産 死 産（ 妊 娠第　　　週　　日または  妊　娠 　　 カ月 ） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院して分娩した  ときはその期間 | | | 令和　　年　　月　　日から  令和　　年　　月　　日まで | | | | | | 日間 | | | | | | | | | |
| 入院費用の別 | | | 健康保険 自 費 公 費 その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり相違のないことを証明します。  令和　　年　　月　　日  医療施設の名称・所在地  医師・助産師名  電 話 　　　　 ( 　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |