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 　　　　 ( 　　　　 ) 　　　　 |