

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 (昭・平 年 月 日生)		事業所		
						所 属		
						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	令和 年 月 日から	日間			
	分娩年月日	令和 年 月 日	休んだ期間	令和 年 月 日まで				
	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					
※ <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								
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 同	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	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	日間
	上の期間中の分と報酬関係	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
	現在までも、また将来も支給しない場合はその旨			
<p>上記のとおり相違のないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>事業所の名称・所在地</p> <p>事業主の氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p>				
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 其 他
<p>上記のとおり相違のないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療施設の名称・所在地</p> <p>医師・助産師名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p>				