

出産手当金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者証 記号	番号	②被保険者の氏名		
	③被保険者の住所	〒 -			
	④日中連絡の取れる電話番号	□自宅 □勤務先 □携帯		- -	
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名				
	⑥分娩予定年月日	令和 年 月 日	⑦分娩年月日	令和 年 月 日	
	⑧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			
	⑨上の⑧)に書いた期間に対する報酬はありますか?			□ ある □ ない	
	⑩⑧の期間中に退職しますか		□はい(年 月 日退職)⇒⑪～(⑫記入不要) □いいえ⇒⑫～(⑪記入不要)		
	⑪振込希望口座	銀行	銀行 普通	店番	フリガナ
		支店	当座	口座番号	名義人氏名
⑫委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金及び 同付加金の受領方を委任します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 被保険者氏名： _____ 印				

NDS健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

上記のとおり請求します。

事業主が証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。				令和 年 月 日	
	住所： 事業主		氏名：		電話番号： ()	
医師・助産婦が証明する欄	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	分娩内容	正常・異常
	出産児の数	単胎・多胎 (児)		生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	上記のとおり相違ありません。				令和 年 月 日	
医療機関の名称・所在地：		医師・助産師の氏名：		電話番号： ()		

.....
受 付 日

〔注意事項〕

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。（書類不備の場合を除く）
4. ⑧欄 分娩予定日以前42日（多胎分娩の場合は98日）と分娩日の翌日から56日間（予定日以前に分娩した場合は分娩日以前42日と分娩日の翌日から56日間の計98日間）の範囲で会社を休んだ期間を記入してください。

例1. 分娩予定：8/1、分娩日：8/5

6/21～9/30 [102日間]（多胎分娩の場合は4/26～9/30 158日間）

例2. 分娩予定：8/1、分娩日：7/30

6/19～9/24 [98日間]（多胎分娩の場合は4/24～9/24 154日間）