

--	--	--



健康保険 出産手当(付加)金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	次の通り請求します。				
	尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。				
	令和 年 月 日				
	所 属				
	住友電気工業健康保険組合 御中 職 番 氏 名				
記 号 ・ 番 号	記号	番号	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	
			出 産 日	令和 年 月 日	
出 産 の た め に 休 ん だ 期 間 (申 請 期 間)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 令和 令和				

※未経過の期間の申請はできません。申請期間がすべて経過した後に申請書を提出してください。

退 職 者 記 入 欄	振込先銀行口座(退職後の請求の場合のみご記入ください)(ゆうちょ銀行は不可)				
	銀 行 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	口 座 名 義
			☐ 普 通 ☐ 当 座		

医 師 ・ 助 産 師 に よ る 証 明	出 産 者 の 氏 名			出 産 予 定 年 月 日	令和 年 月 日	
				出 産 年 月 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 数	人	死 産 児 数	人	死 産 の 場 合 の 妊 娠 日 数	日
	上記の通り相違ありません。					
(医師又は助産師の住所・氏名)						
令和 年 月 日						

事 業 主 の 証 明	労 務 に 服 し な か っ た 期 間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	事業主の住所・氏名
		有休()日 積休()日 ()日		
	上 記 の うち 報酬の全部 又は一部を支払った期間 又は支払うべき期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	日間	