

印刷はA3サイズをお願いします

支給決議書	支給額	円		資格取得年月日		資格喪失年月日	
				年 月 日	年 月 日		
	支給開始年月日	年 月 日	期間	年 月 日 ～ 年 月 日 日間			
	備考						月額

出 産 手 当 金 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	100 1234567	② 被保険者の氏名	健保 花子	
	③ 被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	④ 日中連絡のとれる電話番号	自宅	000-000-0000	勤務先	111-111-1111
	⑤ 被保険者の勤務する又は勤務していた事業所	〇〇〇〇株式会社 〇〇支店			
	⑥ 分娩予定年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	⑦ 分 娩 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	⑧ 分娩のため休んだ期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで 〇〇 日間			
	⑨ 上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか	は い		い い え	
	⑩ この請求を提出される時点で退職していますか	は い		い い え	
	⑭ 振込希望口座	〇〇 銀行 普通	〇〇〇〇〇〇〇	(フリガナ)	ケンポ ハナコ
		〇〇 支店 当座		氏名	健保 花子
	⑬ 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の受領方を委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名			

〔注意事項〕

- 1.訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 2.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)
- 3.⑧欄 分娩予定年月日以前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)の範囲内で会社を休んだ期間を記入して下さい。

〔個人情報保護法に関して〕

- ※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
- ※次に示すいずれかに該当した場合、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
- 1.法令に基づく場合
- 2.人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 3.公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 4.国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。

〒542-0072 大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号 U-NEXT HOLDINGS健康保険組合 TEL 0 6 - 6 6 4 7 - 8 4 8 4
FAX 0 6 - 6 6 4 7 - 8 4 8 5

事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号		被保険者の氏名																													
	労務に服さ なかった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																														
	上の期間中について、【有給・振休=△ 公休日=/ 欠勤=○】																															
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	上の期間中の分 として報酬を支 給した場合(基 本給・交通費等)		年 月 日			年 月 日																										
			年 月 日			年 月 日																										
			年 月 日			年 月 日																										
			年 月 日			年 月 日																										
			年 月 日			年 月 日																										
報酬を支給しない 場 合 そ の 旨		年 月 日																														
上記のとおり相違ないことを証明します。		年 月 日																														
住 所 事業主の 名 称																																

医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	分娩した者の氏名				
	分娩予定年月日	年 月 日		分娩年月日	年 月 日
	単胎又は多胎の別	単 胎 ・ 多 胎			
	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。 年 月 日				
	医療機関の所在地・名称 医 師・助産師 の 氏 名 電 話 番 号 ()				

〔医師又は助産師の方へ〕

死産の場合は、必ず妊娠何ヶ月目の死産であるかを記入して下さい。