健康保険証の氏名の上をご覧下さい

出産手当金請求書（産前・産後）

被保険者証の記号及び番号	記号	番号	標準報酬等級	第　級（　千円）	事業所の名称	会社名： 事業場：
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		同期間中に於て報酬の全部又は一部を受けた時又は受ける時はその額及期間	期間	自　平・令　年　月　日 至　平・令　年　月　日	
				金額		
病院又は診療所に収容された時のみ記入	病院又は診療所の名称及び収容年月日					
	病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿収容年月日　平・令　年　月　日収容 入院期間　自　平・令　年　月　日　至　平・令　年　月　日　日間					

上記により出産手当金を請求する。

(注)給付金は貴方の指定する銀行へ送金致しますので

ご本人名義の銀行口座を下記ご記入下さい。

年　月　日

被保険者氏名及び印　㊞

ダイセル健康保険組合理事長　殿

この欄は、会社の担当者が記入してください

この欄は、本人が主治医に記入を依頼してください

この欄は、健康保険組合が使用します

銀行名				支店名					口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ	
預金種目	1 普通	2 当座	口座番号								