

健康保険 被保険者 出産手当金 請求書

(ダイキン工業㈱の方は氏名コード6桁を記入して下さい)

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	氏名コード 証番号	事業所名称	
	分べん年月日	令和 年 月 日		分べんのため 休んだ期間	令和 年 月 日から 日間
	分べん予定日	令和 年 月 日			令和 年 月 日まで
	上記の給付金を請求し、受領を_____に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿				

医師・助産師が証明するところ	分べん年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎 多胎 (児)	正常分べん 異状分べんの別	正 常 異 常
	分べん予定日	令和 年 月 日	生産 死産	の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヲ月)	
	入院して分べんしたときは 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	健保扱 (日 ~ 日) ・ 自費 ・ その他 ()	
	上記のとおり相違ないことを証明します 所在地 医療機関の 令和 年 月 日 名 称 医師・助産師の氏名 電話 ()					

※ 分べんの日が分べん予定日後のときは、おくれた期間を産前にプラスする

事業主が証明するところ	産前・産後 98日間 (154日間)	※ 産 前 42日間 (98)	(分べん日の日) 令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
		産 後 56日間	(分べん日の翌日) 令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
	上記の期間中で 労務に服さな かった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	喪失後請求の場合 資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	労務に服さな かった期間に 対する報酬額 を1ヵ月ごと に分けて記入 して下さい。	月分	月 日から 月 日まで	日間	本 給 そ の 他	円 円
		月分	月 日から 月 日まで	日間	本 給 そ の 他	円 円
		月分	月 日から 月 日まで	日間	本 給 そ の 他	円 円
		月分	月 日から 月 日まで	日間	本 給 そ の 他	円 円
	月分	月 日から 月 日まで	日間	本 給 そ の 他	円 円	
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 事業主の 氏 名 電話 ()						