

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	ダイキン工業(株)	
			1	1	2	3	4	5	6		
	分べん年月日	令和 1 年 8 月 1 日								分べんのため 休んだ期間	令和 1 年 6 月 28 日から
	分べん予定日	令和 1 年 8 月 8 日									令和 1 年 10 月 2 日まで
	上記の給付金を請求し、受領を <u>ダイキン工業(株)</u> に委任します。										
令和 1 年 10 月 10 日 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿 住所 大阪市北区中崎西 2-4 被保険者 氏名 大金 花子											

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	・死産(妊娠ヵ月)			
	入院して分べんしたときはその期間	令和 年 月 令和 年 月	病院で証明をもらってください。			
	上記のとおり相違ないことを					
	令和 年 月 日 所在地 医療機関の名称 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)			
		産後 56日間	(分べん日の翌日)			
	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	病院で証明をもらってください。			円 円
		月分	事業主に証明をもらってください。			円 円
		月分	事業主に証明をもらってください。			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()					