

様式 38

事業主 經由
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

出産手当金支給請求書

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番 号	会 社 名	所 属 名 電話番号				
	請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可	銀行コード				預金種別
		支店名		支店コード				普通 当座 貯蓄
口座名義		カタカナで記入	口座番号					
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ 電話番号 _____ <small>被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。</small>								
				備考欄				

助 産 師 記 入 欄	出産予定日	年 月 日	左記の通り証明します。 住 所 医療機関等 名称 氏 名 電話番号
	出 産 日	年 月 日	
	生産または死産の別	生産・死産（妊娠 週間）	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎（ 児）	

事 業 主 証 明 欄	就業状況	出勤→出	年休→年	欠勤→欠	公休→公	特休→特	
	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					
	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間				
給与支給額	円	通 勤 費	対象月	円			
上記の通り証明いたします。 証明日 令和 年 月 日 事業所 所在地 名 称 事業主(代理人)氏名 _____ 担当者名 _____ 電話番号 _____							

健 保 記 入 欄	資格取得年月日	資格喪失年月日	支給済期間				健保受付印
	年 月 日	年 月 日	年 月 日から 年 月 日				
	支 給 期 間		平均日額	日数	金 額		
		円				円	
支払先	1. 個人口座		2. 任継		(左記以外は事業主)		

注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求書は、被保険者記入欄、医師または助産師記入欄の記入、押印後、事業主を経由し健康保険組合にできるだけ早く提出してください。
3. 原則として20日までに請求された分については、翌月の20日に事業主に支払い、事業主が会社給与に込めて支給します。
4. 退職その他で会社給与のない方には、ご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。
5. 送金の場合は、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日遅れる場合があります。あらかじめご了解ください。
6. 請求印は、必ず押印してください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324