

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
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	電話番号 000-123-1234 〇〇部 〇〇課
	請求期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで	
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名 ゆうちょ銀行不可	支店名	口座名義 カタカナで記入
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要 </div>	
				預金種別 普通 当座 貯蓄
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〒 123-1234 被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号室 被保険者氏名 健保 花子 (健) 電話番号 012-123-1234 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 か月) 週)	
	出生児の数	単胎・多胎(児)	
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			記号・番号で申請の方は 記入の必要はありません。

事 業 主 証 明 欄	労務に服さな かった期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所 所在地 名称 事業主(代理人)氏名 担当 担当者名 電話番号	
	会社が記入	

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)				