

出産手当金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者証 記号	1	番号	1 2 3 4 5	②被保険者の氏名	健 保 幸	
	③被保険者の住所	〒460 - 0012 名古屋市中区千代田二丁目15番18号					
	④日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯			090 - 1234 - 5678		
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名	NDS株式会社					
	⑥分娩予定年月日	令和 1年 9月 30日		⑦分娩年月日	令和 1年 10月 1日		
	⑧分娩のため休む期間	令和 1年 8月 20日か ら令和 1年 11月 25日まで (98) 日間					
	⑨上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか？						<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
	⑩⑧の期間中に退職しますか	<input type="checkbox"/> はい(令和 年 月 日退職)⇒⑩へ(⑫記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑫へ(⑩不要)					
	⑪振込希望口座	銀行	普通	店 番	フリガナ		
		支店	当座	口座番号	名義人氏名		
⑫委任状 ※押印必須 (外国国籍を 有する方はサ イン可)	私は <u>NDS株式会社</u> を代理人と定め、上記のとおり請求した出産手当金及び同付加金の受領方を委任します。 ※被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入する 令和 1年 12月 1日 被保険者氏名： 健 保 幸						

NDS健康保険組合 理事長殿

令和 1年 12月 1日

上記のとおり請求します。

事 業 主 が 証 明 す る 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。					令和 1年 12月 5日
	住所：				印	
	事業主 氏名：	電話番号： 052 (263) 2206				
医 師 ・ 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	分娩予定日	令和 1年 9月 30日	分娩日	令和 1年 10月 1日	分娩内容	正常・異常
	出産児の数	単胎・多胎 (児)		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月)	
	上記のとおり相違ありません。					令和 1年 10月 30日
	医療機関の名称・所在地	△△マタニティクリニック			印	
	医師・助産師の氏名	三家 富人				
		052 (123) 4567				
		電話番号： 052 (777) 7777				

受付日