

# 出産手当金・出産手当付加金 請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者号	記号	番号	②被保険者の氏名	印	
	③被保険者の住所		〒 ー			
	④日中連絡の取れる電話番号		□自宅 □勤務先 □携帯		ー ー	
	⑤被保険者の勤務する又は勤務していた会社名					
	⑥分娩予定年月日		平成 年 月 日	⑦分娩年月日		平成 年 月 日
	⑧分娩のため休んだ期間		平成 年 月 日 から平成 年 月 日まで ( ) 日間			
	⑨上の⑧に書いた期間に対する報酬はありますか?				□ ある □ ない	
	⑩⑧の期間中に退職しますか		□はい(平成 年 月 日退職)⇒⑪～⑫記入不要 □いいえ⇒⑫～⑬記入不要			
	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		私は _____ 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。 平成 年 月 日 被保険者氏名： _____ 印			

NDS健康保険組合 理事長殿

平成 年 月 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。 平成 年 月 日 住所： _____ 事業主 _____ 印 氏名： _____ 電話番号： ( )					
	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩日	平成 年 月 日	分娩内容	正常・異常
医師・助産婦が証明する欄	出産児の数	単胎・多胎 ( 児 )		生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)	
	上記のとおり相違ありません。				平成 年 月 日	
	医療機関の名称・所在地： 医師・助産師の氏名：		_____ 印 電話番号： ( )			

受付日

## [注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押してください。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)
4. ⑧欄 **分娩予定日以前42日(多胎分娩の場合は98日)と分娩日の翌日から56日間**(予定日以前に分娩した場合は分娩日以前42日と分娩日の翌日から56日間の計98日間)の範囲で会社を休んだ期間を記入してください。

例1. 分娩予定：8/1、分娩日：8/5

6/21～9/30 [102日間] (多胎分娩の場合は4/26～9/30 158日間)

例2. 分娩予定：8/1、分娩日：7/30

6/19～9/24 [98日間] (多胎分娩の場合は4/24～9/24 154日間)