

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	1	番号	1 2 3 4 5	②被保険者の氏名	健 保 美 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		日本電話施設株式会社						
	⑥分娩予定年月日		平成19年12月25日		⑦分娩年月日		平成20年 1月 1日		
	⑧分娩のため休む期間		平成19年11月14日から平成20年 2月26日まで (105) 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(平成 年 月 日退職)⇒⑪～(⑫記入不要) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑫～(⑪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>日本電話施設株式会社</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 平成 20 年 2 月 1 日 被保険者氏名： 健 保 美 幸							

NDS健康保険組合 理事長殿

平成20年 2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。		平成 20年 2月 2日			
	住所：		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	平成19年12月25日	分娩日	平成20年 1月 1日	分娩内容	<u>正常</u> 異常
	出産児の数	<u>単胎</u> ・多胎 (児)	生産又は死産の別	<u>生産</u> ・死産 (妊娠 ヶ月)		
	上記のとおり相違ありません。		平成 20年 1月 20日			
	医療機関の名称・所在地	△△マタニティクリニック				
	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

[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)