

出産手当金・出産手当付加金請求書（第 回目）

年 月 日					
四電工健康保険組合理事長 殿					
住所(住民票)					
被保険者					
氏 名					
下記のとおり請求します。					
保 険 証 記号番号	記号 番号	所属名		標準報酬 月額・等級	千円 第 等級
分娩前 分娩後 の別		分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩予定年月日 と分娩のあった年月日を記入	分娩予定日 分 娩 日	年 月 日 年 月 日	
分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで				
うえの期間の報酬（賃金）の 全部または一部を受けたとき または受けられるときはその 報酬額および期間	年 月 日 から 日分 年 月 日 まで 円				
※住継・臨時社員の方は振込先を記入してください。それ他の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。 ※マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。					
振 込 先	金融機関名			本支店名	
	預金種別		口座番号	口座名義 (カタカナ)	
	☐	公金受取口座（口座情報の反映には登録から数日を要します。）			
医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分 娩 年 月 日	年 月 日	分 娩 単 胎	(児)	
	分 娩 予 定 年 月 日	年 月 日	分 娩 予 定 多 胎	(児)	
	正 常 分 娩 ま た は 異 常 分 娩 の 別	正 常 ・ 異 常	生 産 ま た は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月)	
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所 (職名) 氏 名				

事業主証明	労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日 間	
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日額 (金 円)	
		一部支給の場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (月 日支払)	日額 (金 円)	
		支給しない場合				
うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業主 住所 氏 名						

委任状	私は 年 月 日 請求した出産手当金・出産手当付加金のうち 金 円也の受領に関すること。 年 月 日 被保険者の 住所(住民票) 氏 名 代理人の 住所 氏 名					
-----	---	--	--	--	--	--

※委任する場合には公金受取口座を利用できません。

振込先	金融機関名				本支店名	
	預金種別		口座番号		口座名義(カタカナ)	

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 四電工健康保険組合理事長 殿 受領者 住所(住民票) 氏 名					
-----	---	--	--	--	--	--