

出産手当金請求書

被 保 険 者 (請 求 者) が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号番号	—	被保険者 氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被保険者 の住所	〒 — Tel () —			事業所 の名称					
	出産予定 年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	出産のため 休んだ期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間								
	支払先	金融機関		支店(店番)		口座番号		口座名義人氏名		
銀行 信用金庫 信用農協		本店 支店 出張所		普通・当座		フリガナ	氏名			
サンゲツ健康保険組合 理事長 殿 健康保険法に基づく出産手当金の支給決定に必要な関係機関に対する内容照会を行う事に同意し、 上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者) 氏名 _____ ㊟										

事 業 主 の 証 明	労務に服さな かった期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	左のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 愛知県名古屋市西区幅下一丁目4-1 株式会社 サンゲツ 代表取締役 安田 正介 ㊟
	上の期間中の 報酬支給	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	
		令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	日間	

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	出産予定年月日	令和	年	月	日	出産年月日	令和	年	月	日
	生産・死産の別	生産	死産(妊娠	週)	出生児の数	単胎	多胎(児)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 _____ ㊟ 電話 () —									

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印