

出産手当金請求書

【第 回目】

健康保険組合理事長殿		令和 年 月 日	
被保険者 住所 〒		氏名 _____	
下記のとおり請求します。			
記号・番号		事業所名称	
分娩前・分娩後の別	前 ・ 後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日 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	分娩日 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 年 月 日 まで	日分 円

*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関名		支店名	
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()	口座名義(カナ)	
口座番号			

*医師または助産師の記入は必須です。

医師または助産師の意見	分娩年月日	年 月 日	出生数	単胎 ・ 多胎(児)
	分娩予定年月日	年 月 日		
	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 ヶ月)
上記記載の内容に相違がないことを証明いたします。 年 月 日 住所 (職名) 氏名				

*退職後の期間については記入不要です。

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日 から 日間 年 月 日 まで	
	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 金 円 までの分 (月 日 支払) [日額 金 円]
		一部支給の場合	年 月 日 から 金 円 までの分 (月 日 支払) [日額 金 円]
	支給しない場合		
【確認欄】*記載内容を確認し、チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 上記記載の内容に相違がないことを証明いたします。 年 月 日 事業主 住所 氏名			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	代理人	住所 氏名
	委任者と代理人との関係	

(事) 社会保険担当者印

健保組合受付印

R3.4改訂 アルプス電気健康保険組合

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。