

健保組合記入欄

支給額	出産手当金	円
		円
	合計	円

富士石油健康保険組合

常務理事	事務長	担当者

富士石油健康保険組合 御中

出産手当金請求書
(第 回)

下記のとおり請求します。 申請年月日 年 月 日

被保険者の記入欄	事業所名					
	被保険者	記号	番号	氏名	所属部署	
	住所	〒				
	分娩予定年月日	年	月	日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎
	分娩年月日	年	月	日		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)
	労務に服さなかった期間	日間	自	年	月	日
			至	年	月	日
	給付金受取方法	〔事業所 在籍者〕	委任状			
			私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 年 月 日			
被保険者氏名						
〔退職者 任継者〕		銀行振込	銀行名			
			支店名			
		預金種別	普通預金			
		口座番号				
		口座名義	リカナ			

医師等の証明欄	分娩予定年月日	年	月	日	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	
	分娩年月日	年	月	日		<input type="checkbox"/> 多胎 (児)	
	上記のとおり証明します。 (医師等の住所・氏名)					年	月

事業主の証明欄	労務に服さなかった期間						
	日間	自	年	月	日		
		至	年	月	日		
	報酬の全部又は一部を支給した期間						
	日間	自	年	月	日		
至		年	月	日			
上記のとおり証明します。					年	月	日