

|                    |       |            |        |      |      |      |             |
|--------------------|-------|------------|--------|------|------|------|-------------|
| ※<br>支給<br>決議<br>書 | 支給額   |            |        | 常務理事 | 事務局長 | リーダー | 担当者         |
|                    | 支給期間  | 令和 年 月 日から |        |      | 資格   | 得喪   | 平成・令和 年 月 日 |
|                    |       | 令和 年 月 日まで |        |      |      |      | 令和 年 月 日    |
|                    | 出産年月日 |            | 標準報酬月額 |      | 千円   |      |             |
| 備考                 | 傷病コード |            |        |      |      |      |             |

## 出産手当金請求書

(被保険者への注意事項)

- (1) ※印の欄は記入しないでください。  
(2) ①および⑤は、健康保険の被保険者証に書いてあります。  
(3) 退職者の方は、④は在職時の事業所名を記入してください。  
(4) 出産手当金は、出産の日以前が四十二日間前(多胎九十八日間)、出産の日後が五十六日間を限度として支給されます。

|  |  |                              |                |   |                            |      |  |
|--|--|------------------------------|----------------|---|----------------------------|------|--|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ①被保険者証の記号と番号   | 記号 111<br>番号 12345           | ②被保険者の氏名       | 日航 花子<br><small>本請求により受領する保険給付金は、事業主に委任します。</small> |                            |      |  |
|  | ③被保険者の現住所  | 〒123-1234<br>東京都大田区羽田空港1-2-3 |                |   | TEL 03(1234)1111           |      |  |
|  | ④被保険者の勤務する事業所名   | 株式会社JAL〇〇                    |                | 支店名又は所属部課   | △△部 〇〇課<br>TEL03-1234-0000 |      |  |
|  | ⑤被保険者の資格を取得した日   | 昭和<br>平成<br>令和               | 24年 4月 1日      | ⑥被保険者の標準報酬月額  | ※ 千円                       |      |  |
|  | ⑦出産予定年月日   | 令和 3年 2月 1日                  |                | ⑧出産年月日  | 令和 3年 1月 30日               |      |  |
|  | ⑨出産のため休んだ期間  | 令和 2年 12月 20日から              |                | 98日間  |                            |      |  |
|  |  |                              | 令和 3年 3月 27日まで |   |                            |      |  |
|  | ⑨に書いた期間に対する報酬はありますか  |                              |                | ある・ない   |                            |      |  |
|  | ⑩ ⑨に書いた期間で有休休暇をとった場合その期間   |                              |                | 令和2年12月20日から 5日間<br>令和2年12月24日から                    |                            |      |  |
|  | <b>資格喪失後に申請する方への注意事項</b><br>1. 現在加入している健康保険の保険証(写)を添付してください。<br>2. 被保険者本人名義の振込先をご記入ください。 |                              |                |   |                            |      |  |
| 銀行・労働金庫<br>信用金庫・信用組合<br>農協                               |  | 本店<br>支店<br>出張所              |                | 金融機関番号  |                            | 店舗番号 |  |
| 普通(総合)当座   | 口座番号   | 名義(カナ)                       |                |   |                            |      |  |

受付日付印