

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
支給開始	年 月 日
支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日
前回	始 年 月 日
	終 年 月 日

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			
標準報酬月額	千円 (第 級)			
全部・一部 不支給	期間: ~ 日間 理由			
備 考				

出産手当金請求書 (第 回)

《被保険者が記入するところ》

被保険者証の記号番号 または個人番号 (マイナンバー)	—	事業所の名称	
出産前 出産後 の別		出産前に請求するときは出産予定年月日 出産後に請求するときは出産予定年月日 と出産のあった年月日	出産予定年月日 年 月 日 出 産 日 年 月 日
出産のために休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
上記期間の報酬の全部または一部を受けたとき、または受けることができるときは、その報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 受けた報酬額 円 受けることができる報酬額 円		日間
振込希望の銀行 (被保険者口座)	銀行 支店 普通 当座	(口座名義人:)	
上記のとおり請求します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 — 氏名 ナイスグループ健康保険組合理事長 殿			

《医師または助産師が意見を書くところ》

出産年月日	年 月 日	出 産	単胎
出産予定年月日	年 月 日	出産予定	多胎 (児)
正常出産または 異常出産の別	正 常 ・ 異 常	生産 または 死産の別	生産・死産 (妊娠 ケ月)
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医師 住所 (所在地) 医療機関名 氏名 電話 局 () 番			

《事業主が証明するところ》

労務に服さなかった 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
上記期間の報酬の全部または 一部を支給するまたは支給し た報酬額及び期間	年 月 日 から 年 月 日 までの分 金 円 (月 日支払)	日間
上記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 電話 局 () 番		

《委任状》 委任をする場合のみご記入ください

私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した出産手当金のうち、金 _____ 円の受領に関すること。 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
被保険者の 住所 (請求者) 氏名	代理人の 住所 氏名
振込希望の銀行 (代理人口座)	銀行 支店 普通 当座 (口座名義人: _____)