

受付印

処理印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 出産手当金申請書 (第 回目)

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 年 月 日

被保険者等 記号・番号	—	被保険者氏名				
被保険者 の住所等	〒 自宅等電話番号					
分娩前 の別 分娩後	分娩前	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	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	和暦 年 月 日 ~ 年 月 日 日間					
上の期間の報酬(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	和暦 年 月 日 ~ 年 月 日 日分 円					
振 込 先 の 指 定	<input type="checkbox"/> 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。					
	(A) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 和暦 年 月 日 被保険者 氏名： 委 任 代 理 人 住 所： 〒 氏名： 連絡先					
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。					
振 込 口 座	(B)	金融機関名(ゆうちょ銀行を除く)	支店名	預金種別	口座番号	
				普通 当座		
	(フリガナ)					
	口座名義					

令和6年12月作成

医師または助産師の意見	分娩予定年月日	和暦	年	月	日	分娩単胎	
	分娩年月日	和暦	年	月	日	分娩予定多胎	()児
	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)			
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等名称 住所 (職名) 氏名						

事業主証明	労務に服さなかった期間		和暦	年	月	日	～	年	月	日	日間
	うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額または一部支給の場合	和暦	年	月	日	～	年	月	日	
		支給しない場合	()分	()円							
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所 事業主 氏名										