

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 1 回目)

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日：和暦 令和元 年 11 月 1 日

被保険者証の 記号・番号	200 - 1234567	被保険者氏名	健保 花子						
被保険者 の住所等	〒012-3456 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町1-2-3 フラテマンション456 自宅等電話番号 ×××-××××-××××								
分娩前 の別 分娩後	分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日	分娩予定日	R元	年	7月	31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	R元	年	8月	05日		
分娩のため 休んだ期間	和暦 R元 年 6月 20日 ~ R元 年 9月 30日 103 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 checked="" 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： 健保 花子 住所： 委任代理人 氏名： 連絡先							
	給与振込の場合には事業主に、代理人振込の場合は代理人に 必ず記載してもらってください。								
<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座	→ (B)に記入をお願いします。								
(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					
振 込 口 座	(フリガナ)		普通						
	口座名義								

令和元年5月作成

医師または助産師の意見	分娩予定年月日	年 月 日	分娩単胎
	分娩年月日	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			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 担当した医師または助産師に全ての欄を記入してもらってください。 </div>			
住所 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
		支給しない場合
	和暦 年 月 日 ~ 年 月 日 ()分 ()円	
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 事業主に全ての欄を記入してもらってください。 </div>		
年 月 日		
住所 事業主 氏名		