

# 出産手当金請求書

年 月 日

|                                 |  |            |                  |             |      |          |
|---------------------------------|--|------------|------------------|-------------|------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の記号・番号  |            |                  | 被保険者(請求者)氏名 |      |          |
|                                 | 記号   | 番号         |                  |             |      |          |
|                                 | 被保険者の生年月日  | 年 月 日      | 電話番号<br>(日中の連絡先) | -           | -    | -        |
|                                 | 被保険者住所   | 〒 -        |                  |             |      |          |
|                                 | 事業所名称  |            |                  |             |      |          |
|                                 | 出産日  | 年 月 日      | 出産予定日            | 年 月 日       | 出生児数 | 単胎・多胎(児) |
|                                 | ※多胎妊娠の場合は、出産の日以前98日間となります  |            |                  |             |      |          |
|                                 | ● 出産予定日より早く出産した場合<br>(自): 出産の日以前42日間(※) から (至): 出産日以後56日間 まで 計 98日間を記入してください                           |            |                  |             |      |          |
|                                 | ● 出産予定日より遅く出産した場合<br>(自): 出産予定日以前42日間(※) から (至): 出産日以後56日間 まで 計 98日間 + $\alpha$ 日(予定日より遅れた日数)を記入してください |            |                  |             |      |          |
|                                 | 出産手当金の支給期間   | 自 年 月 日 から | (計 日間)           | 産休期間        | 産前休暇 | ～        |
|                                 | 至 年 月 日 まで   |            |                  | 産後休暇        | ～    |          |
| 振込希望口座                          | 銀行<br>信用金庫   |            |                  | 支店<br>出張所   |      |          |
| 預金種別                            | 普通<br>当座   | 口座名義       | フリガナ             | 口座番号        |      |          |

※ 各欄とも記入した内容を訂正するときは、訂正印で明確に訂正してください。

|                       |                                       |           |             |           |  |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------|-------------|-----------|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人 | ⑦ 本請求に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 年 月 日 |           |             |           |  |
|                       | 被保険者<br>氏名                            |           | 被保険者<br>住所  |           |  |
|                       | ⑧ (フリガナ)                              | 代理人<br>氏名 | 委任者との<br>関係 | 代理人<br>住所 |  |
| 代理人<br>記入欄            | 〒 -                                   |           | 電話番号        |           |  |

本紙に記載された個人情報は、出産手当金を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合

|                 |                         |              |   |                                 |               |                |           |   |
|-----------------|-------------------------|--------------|---|---------------------------------|---------------|----------------|-----------|---|
| 医師・助産師<br>意見記入欄 | 患者氏名                    |              |   | 《 お願い 》<br>○訂正箇所には訂正印を押印してください。 |               |                |           |   |
|                 | 出産年月日                   | 年            | 月 | 日                               | 出産予定日         | 年              | 月         | 日 |
|                 | 出生児の数                   | 単胎 ・ 多胎 ( 児) |   |                                 | 生産または<br>死産の別 | 生産 ・ 死産 (妊娠 週) |           |   |
|                 | 入院して<br>出産したときは<br>その期間 | 年            | 月 | 日 から                            | ( 計 日間 )      | 入院費用<br>の 別    | 健 保 ・ 公 費 |   |
|                 |                         | 年            | 月 | 日 まで                            |               |                | 自 費 ・ その他 |   |
| 上記のとおり相違ありません。  |                         |              |   |                                 |               | 年              | 月         | 日 |
| 医療機関<br>所在地     |                         |              |   |                                 |               |                |           |   |
| 医療機関<br>名 称     |                         |              |   |                                 |               |                |           |   |
| 担当医師<br>氏 名     |                         |              |   |                                 |               | 印 電 話 ( )      |           |   |

|                            |   |    |        |                  |                  |                  |               |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|----------------------------|---|----|--------|------------------|------------------|------------------|---------------|-----------------------------|-----------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄 | 記号  | 番号 | 被保険者氏名 |                  |                  |                  |               |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    | (備 考) |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            | 労務に服さなかった期間   |    | 年      | 月                | 日 から             | 年                | 月             | 日 まで                        | 日間        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    | 事業主の捺印を<br>押印して下さい |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            | 出勤は「○」、有給は「△」、公休は「公」、欠勤は「/」、*6日補償日は「□」でそれぞれ表示してください |    | 出勤     |                  | 有給               |                  |               |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            | 勤務<br>状況  | 年  | 月      | 1                | 2                | 3                | 4             | 5                           | 6         | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16    | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |                    | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | 日 |
|                            |   | 年  | 月      | 1                | 2                | 3                | 4             | 5                           | 6         | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16    | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |                    | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | 日 |
|                            |   | 年  | 月      | 1                | 2                | 3                | 4             | 5                           | 6         | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16    | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |                    | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | 日 |
|                            |   | 年  | 月      | 1                | 2                | 3                | 4             | 5                           | 6         | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16    | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |                    | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計 | 日 | 日 |
|                            |   | 年  | 月      | 1                | 2                | 3                | 4             | 5                           | 6         | 7 | 8 | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16    | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22                 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計  | 日 | 日 |   |
|                            | 年   | 月  | 1      | 2                | 3                | 4                | 5             | 6                           | 7         | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17    | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23                 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 計  | 日  | 日 |   |   |
|                            | 賃金<br>支給<br>状況<br>(手当等)                             | 期間 | 単 価    | 年 月度から<br>年 月度まで | 年 月度から<br>年 月度まで | 年 月度から<br>年 月度まで | 日 額<br>※健保記入欄 | 給与の種類<br>○で囲んで下さい           | 通勤手当の支給状況 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 通勤手当                       |   |    |        |                  |                  |                  | 完全月給          | ・通勤手当 ( 無し ・ 1ヶ月 ・ 6ヶ月 ) 支給 |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 住宅手当                       |   |    |        |                  |                  |                  | 月 給           | ・6ヶ月通勤費 _____ 円             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 家族手当                       |   |    |        |                  |                  |                  | 日給月給          | ・支給期間 月度から _____ 月度分まで      |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            |   |    |        |                  |                  |                  | 時間 給          | ・産休のため _____ 月度から精算         |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            |   |    |        |                  |                  |                  | その他<br>( )    |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 現在も将来も支給しない場合はその旨を記入       |   |    |        |                  |                  |                  | ※健保記入欄        |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。        |   |    |        |                  |                  |                  | 事業所<br>担当者氏名  |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
|                            |   |    |        |                  |                  |                  | 年             | 月                           | 日         |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 事業所<br>所在地                 |   |    |        |                  |                  |                  |               |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 事業所<br>名 称                 |   |    |        |                  |                  |                  |               |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |
| 事業主<br>氏 名                 |   |    |        |                  |                  |                  | 電 話 ( )       |                             |           |   |   |    |    |    |    |    |    |    |       |    |    |    |    |    |                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |