出産手当金請求書

令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄

被保険者等				被保険者(請求者)氏名
記号		番号		

被保険者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	電話番号 (日中の連絡先)	(　　)
被保険者住所	〒　　－		
事業所名称			

出産日	令和　　年　　月　　日	出産予定日	令和　　年　　月　　日	出生児数	単胎 ・ 多胎(　　児)

- 出産予定日より早く出産した場合
  (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
  (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 ＋ α日(予定日より遅れた日数)を記入してください

  ※多胎妊娠の場合は、出産の日以前98日間となります

出産手当金の支給期間	産休期間	
自　令和　　年　　月　　日 から 至　令和　　年　　月　　日 まで　(計　　日間)	産前	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日
	産後	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日

振込希望口座	銀行 信用金庫			支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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。

受取代理人

⑰ 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。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿　被保険者住所 ＿＿＿＿＿＿

代理人記入欄

⑱

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿　委任者との関係 ＿＿＿＿＿＿

〒　　－

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿　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にのみに使用し、目的の範囲を超えての利用はいたしません。

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 意見記入欄

患者氏名		《 お願い 》 〇訂正箇所には訂正印を押印してください。	
出産年月日	令和　年　月　日	出産予定日	令和　年　月　日
出生児数	単胎 ・ 多胎（　児）	生産または死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　ヶ月・　週）
入院して出産したときはその期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　計　日間	入院費用の別	健保 ・ 公費 自費 ・ その他

上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関所在地

医療機関名称

担当医師名　㊞　電話番号　（　）

事業主証明欄

記号		番号		被保険者氏名	
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで　日間				

（備考）

事業主の捨印を押印してください

勤務状況

出勤は「〇」、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

	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	出勤	有給
令和　年　月																																計	日	日
令和　年　月																																計	日	日
令和　年　月																																計	日	日
令和　年　月																																計	日	日
令和　年　月																																計	日	日

賃金支給状況（手当等）

区分＼期間	単価	令和　年　月度から 令和　年　月度まで	令和　年　月度から 令和　年　月度まで	令和　年　月度から 令和　年　月度まで	日額 ※健保記入欄	給与の種類 〇で囲んで下さい	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（　）	
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。

令和　年　月　日

事業所担当者氏名

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　）