

提出先：被保険者 → ニチレイビジネスパートナーズ → ニチレイ健康保険組合

支給額 円	ニチレイ健康保険組合 検印欄				受付印
	常務理事	事務長	係	係	

出産の日(出産が予定日より遅れた場合は出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までの期間で、出産の為休んだ期間を記入して下さい。

### 出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 号・番号	2101 - 99999	事業所の名称	ニチレイ
	分娩予定日	平成 27 年 5 月 6 日	分娩年月日	平成 27 年 5 月 8 日
	分娩のため休んだ期間	平成 27 年 3 月 26 日 ~ 平成 27 年 7 月 3 日 100 日間		
	振込希望の銀行	在職中の方は、給与振込口座へ給与と一緒に振込みますので、記入不要です。 口座番号 _____ 口座名義 _____		
上記のとおり申請します。		平成 27 年 7 月 17 日		
住所		〒101-2345		
被保険者の 氏名		東京都中央区〇〇1-2-3 日 冷 花 子		印

医 師 ・ 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	平成 27 年 5 月 6 日	分娩年月日	平成 27 年 5 月 8 日
	正常分娩・異常分娩の 別	正常 ・ 異常	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )
	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月または 週)		
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 27 年 7 月 10 日		
医療施設の氏名・所在地		東京都中央区〇〇×-× 〇〇〇病院		
医師・助産師名		〇 〇 〇〇〇		印

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	平成 27 年 3 月 26 日から 平成 27 年 7 月 3 日まで 100 日間		
	上記の期間中の分として 支払う報酬関係	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
		支給金額	0 円	
【支給状況】		<input checked="" type="checkbox"/> 支給しない <input type="checkbox"/> 一部支給 <input type="checkbox"/> 全額支給		
上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 27 年 7 月 23 日		
住所		東京都中央区築地6-19-20		
名称		株式会社ニチレイ 〇〇 〇〇		印

【添付書類】 出勤管理簿(写)、賃金台帳