

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	

出産手当金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	事業所の名称		
	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩年月日	平成 年 月 日	
	分娩のため休んだ期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間			
	振込希望の銀行	ご本人名義の振込先をご記入下さい。(給与が支給される方は給与払のため不要)			
		銀行	支店	フリガナ	
		口座番号		口座名義	
上記のとおり申請します。平成 年 月 日					
住所 〒					
被保険者の 氏名 印					

医 師 ・ 助 産 師 の 意 見	分娩予定日	平成 年 月 日	分娩年月日	平成 年 月 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 年 月 日			
医療施設の氏名・所在地				
医師・助産師名 印				

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 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 円 【支給状況】 <input 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 年 月 日	
住所		
名称 印		

【添付書類】 出勤管理簿(写)、賃金台帳