

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の	記号		番号		② 被保険者 氏名							
	③ 被保険者の 現住所	〒 TEL											
	④ 事業所の名称												
	⑤ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑥ 出産のため 休んだ期間	令和	年	月	日から	日間		
	⑦ 入院して出産した場合その病院・産院の	名称				所在地							
	⑧ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名				口座番号	1.普通	2.当座					
		支店名				名義 (加付)							
							⑨ 令和					年	月

本請求書の提出を事業主へ委任します。(事業主証明を依頼するため、請求書を事業主へ提出する場合は☑)

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	⑩ 出産した年月日	令和	年	月	日	⑪ 生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠	ヶ月)
	⑩ 出産予定年月日	令和	年	月	日	⑫ 単胎又は 多胎の別	単胎・多胎	
	⑬ 上記のとおり相違ないことを証明する。							

令和

年

月

日

住 所

医療施設名

氏 名

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑭ 労務に服さなかつた期間	令和	年	月	日	から	日間		
		令和	年	月	日	まで			
	⑮ 上記期間中報酬の全部又は一部を支給したとき	期間	令和	年	月	日	から	日間	金額
		令和	年	月	日	まで			
⑯ 上記のとおり相違ありません。									
令和									
年									
月									
日									
住所									
事業所名									
事業主名									

T I S インテックグループ健康保険組合

備考欄										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印