

健康保険出産手当金支給申請書(第 回目)

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の		記号		住 所	電話() -					
			番号								
	事業所の名称						氏名				
	分べんのため に休んだ期間		令和 年 月 日から		日間		分 べ ん 日		令和 年 月 日		
			令和 年 月 日まで								
上記期間中に お産以外で入院 したことの有無		有・無		有の場合は、その医療機関の名称及び所在地							
				(名称)				(所在地)			
				傷 病 名				入院期間		月 日 ~ 月 日	
医 師 又 は 助 産 師 の 記 入 欄	分 べ ん 年 月 日		令 和 年 月 日								
	分 べ ん 予 定 年 月 日		令 和 年 月 日								
	医 師 の 証 明	産前42日産後56日の間に			傷病名						
		分べん又は他の傷病により									
		保険入院している場合			入 院 期 間		月 日 から 月 日 まで 日間				
上記のとおり相違ありません											
証明年月日 令和 年 月 日											
所 在 地											
病 院 等 の 名 称											
職 名 () 氏 名											
電話() -											

委 任 欄	本請求書の給付金の受領を右の者に委任します。		事業所名	
	委任者氏名 (被保険者)		氏 名	

振 込 先	☐ マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 、利用しない場合は下記振込先をご記入ください。)		
	銀 行 金 庫 本 店		
	信用金庫 農 協 支 店		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	名義人	(フリガナ)	

製紙工業健康保険組合
令和 年 月 日提出
受付年月日

◎訂正した箇所には必ず訂正印を押してください。

