

出産手当金請求書

ネスレ健康保険組合 御中 (人事総務本部 HRSSC Payroll経由でご提出)

記入見本

被保険者記入欄	被保険者氏名	山田 花美		被保険者証		従業員番号																										
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 11 月 14 日	記号	1000	番号	1234																									
	被保険者現住所	〒 651 - 0087 兵庫県神戸市中央区御幸通7丁目1番15号																														
	事業所名称	ネスレ日本株式会社		部課または支店名	人事総務本部 ※工場勤務の方は工場名を記入																											
	請求期間	令和 3 年 5 月 2 日 から 3 年 8 月 2 日 まで 93 日間				請求日	令和 3 年 8 月 15 日																									
出産予定年月日	令和 3 年 6 月 12 日	出産年月日	令和 3 年 6 月 7 日	請求期間に賃金を受けたとき、または受けられるときはその期間、金額		令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで																									
資格取得日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 27 年 8 月 1 日	<input type="checkbox"/> 令和	資格喪失日	令和 年 月 日	日分		円																									
※被保険者の方が退職された場合(任意継続以外)や死亡された場合は、請求者の氏名や振込先などを下記に記入してください。																																
請求者氏名	この欄は被保険者の退職(任意継続除く)																															
金融機関	または死亡の場合のみ記載																															
振込先																																
医師・助産師記入欄	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日																												
	分娩の別						児)																									
	入院						日間																									
	上記のとおり						番号																									
事業主証明欄	休業した期間 欠勤日は「×」、出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休日は「公」と該当日に表示してください。																															
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
	年 月 日	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
上記期間	この欄はHRSSCに							日間																								
上記期間	証明依頼をお願いします。							日間																								
上記期間のうち報酬の全部または一部を支給したときまたは支給するときは、その期間および支給金額	令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	日分	支給金額		円																										
備考	上記のとおり相違ないことを証明します。																															
	令和 年 月 日																															
	事業主所在地:																															
	事業主名称:																															
	事業主代表者氏名:																															
組合記入欄	標準報酬月額	円	法定日額	円	調整日額	円	支給決定日額	円																								
	支給期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日分	支給決定金額	円	常務理事	給付担当																								
	備考																															