

# 出産手当金請求書

受付印

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

被保険者記入欄	被保険者氏名	被保険者証		従業員番号																												
	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	記号	番号																													
	被保険者現住所	電話番号 ( )																														
	事業所名称	部課または支店名																														
	請求期間 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	請求日	令和 年 月 日																													
	出産予定年月日 令和 年 月 日	出産年月日 令和 年 月 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 日分 円																												
	資格取得日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格喪失日 令和 年 月 日																														
	※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	続柄	電話番号 ( )																													
	金融機関コード	支店コード	口座種別	口座番号																												
振込先 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ( )	フリガナ	名義																													
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 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 か月)	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (妊娠 児)																													
	入院して出産したときはその期間 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間																															
	上記のとおり相違ないことを証明します。	医療機関の住所	電話番号																													
	令和 年 月 日	医療機関名	( )																													
医師の氏名																																
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
	( 日間)	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
	月	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
	月	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
上記期間のうち労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで 日間																															
上記期間のうち産休取得期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで 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 日まで 日分		現物給与担当者確認 <input type="checkbox"/>																													
			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																															