

日立健康保険組合 御中

健康保険 出産手当金請求書

*太枠線を記入してください(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

被 保 者 記 入 欄	提出日	令和 年 月 日		備考		
	被保険者等 記号・番号	記号	番号		被保険者 氏名	(フリガナ)
		事業所 (会社)名称				従業員番号
	連絡先住所	〒 -		所属・電話	(TEL :)	
						(TEL :)
	出産予定日	令和 年 月 日		出産日	令和 年 月 日	
	出産のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
	上記の休んだ期間分の報酬(※)を受けましたか	<input type="checkbox"/> 受けた ※報酬には、各種手当(通勤手当、住宅手当等)やカフェテリアプランも含まれます <input type="checkbox"/> 受けない				
	報酬の支払を受けたときはその報酬の額とその支払の基礎となった期間(不明の場合は記入不要)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 円 令和 年 月 日まで の分として 円				
	受取方法	1. 事業所経由で受け取る ⇒委任状欄にご署名ください 2. 個人の口座へ振り込み ⇒振込先を記入してください				
委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____					
振込先	「2. 個人の口座へ振り込み」を選択した場合、口座を記入してください(但し、振込先は本人口座に限定します)					
	銀行コード	銀行	支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	

支給決定伺

支給決定	円	常務理事	事務長	主任	担当
同年月日	令和 年 月 日				
決裁年月日	令和 年 月 日				
支払年月日	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日		
対象期間	令和 年 月 日から	資格喪失日	年 月 日		
	令和 年 月 日まで	期間	令和 年 月 日から 日間		
支給期間	令和 年 月 日から	全部又は一部不支給	令和 年 月 日まで		
	令和 年 月 日まで	理由	第 条		
日額	円 × 日 = 円	計	円		
	円 × 日 = 円		円		
計算欄					

受付日付印

インプット