

※A3サイズ(ヨコ)で印刷ください

出産手当金・出産手当金付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	年 月 日			
	コクヨ健康保険組合理事長 殿			
	〒			
	被保険者 住所		_____	
	氏名		_____	
電話		_____		
私は所属する事業所を代理人と定め 下記のとおり請求した出産手当金 付加金の受領を委任します。  下記の通り請求します。				
被保険者の 記号・番号	記号	番号	事業所の名称	
分娩予定年月日		年 月 日 分娩予定		
分娩年月日		年 月 日 出産		
分娩のため 休んだ期間		年 月 日から		
		年 月 日まで 日間		
上記の期間、報酬(賃金)の全部または一部を受けたときまたは受けられるときはその報酬額および期間		年 月 日から		
		年 月 日まで 日分		
		円		

事 業 主 証 明	労務に服さなかった期間		年 月 日から		
			年 月 日まで 日間		
	上記の期間中 の分として支 払う報酬関係	全額支給 の場合	年 月 日から	金	円
		一部支給 の場合	年 月 日までの分	( 月 日支払)	
		支給しない 場合	年 月 日から	金	円
添付書類	① 勤務表 ② 賃金台帳				
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日  事業主 住所 氏名					

医 師 ま た は 助 産 婦 の 意 見	分娩年月日	年 月 日	分娩 単胎	( 児)	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定 多胎		
	正常分娩または 異常分娩の別	正常・異常	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 月)	
	上記のとおり相違ありません。 年 月 日  (職名 ) 住所 氏名				

●退職者は振込先を記入してください。(任意継続者は保険料引落口座になります)

振 込 先	口座名義	フリガナ 氏名		
	銀行	銀行名:	支店名:	
		区分: 普通・当座	口座番号:	