

出産手当金請求書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号		記号 番号					
	② 出産前の別 出産後		出産前に請求するときは出産予定日 出産後に請求するときは出産予定日 と出産日		出産予定日 平成 年 月 日	出産日 平成 年 月 日		
	③ 出産のため 休んだ期間		平成 年 月 日	から	日間			
	平成 年 月 日		まで					
	④ 上記期間の報酬の全部 又は一部を受けた時 又は受けられる時は その報酬額及び期間		平成 年 月 日	から	日分			
	平成 年 月 日		まで	円				
	⑤ 振込希望の銀行		銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義(カタカナ)	
⑥ 上記のとおり請求します。 被保険者の住所 氏名 ノバルティス 健康保険組合理事長 殿								
⑦ 備考								

被保険者証の記号番号を記入した場合は備考欄へのマイナンバーの記入は不要です。

医 師 ま た は 助 産 師 記 入 欄	⑧ 出産予定年月日		平成 年 月 日	出生児の数	単胎			
	⑨ 出産年月日		平成 年 月 日		多胎(児)			
	⑩ 生産または死産の別		生産・死産(妊娠)週)					
	⑪ 上記のとおり相違ありません。 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名							
	電話 局() 番							
	⑫ 労務に服さなかった期間							
	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで							

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	⑬ 上記の期間中の分として支払う報酬関係		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として	金 (月日支払)	円	日額	
	⑭ 支給しない場合		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として	金 (月日支払)	円	日額	
	⑮ 上記のとおり相違ないことを証明します。							
	住所 事業主名称 氏名							
	電話 局() 番							
	⑯ 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。							
	平成 年 月 日							

委 任 状	⑰ 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				健保受付日付印		
	平成 年 月 日						
	被保険者の住所 氏名				(印)		
代理人の住所 氏名				(印)			