

ご自身の記号番号は①～③の

いずれかでご確認ください。

①マイナポータル

②資格情報のお知らせ

③資格確認書(健康保険証)

給決定 伺				支給決定 令和 年 月 日			
円				常务理事	事務長	係	係
月 日から	日間	標準報酬 月 額	千円				
月 日まで							
円×2/3×			日=	円	備考		

出産手当金請求書

被保険者等 記号番号	3 1 1 - 1 1 1 1 1	事業所の 名称	〇〇〇株式会社				<input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 喪失後請求
資格取得年月日	昭・平・令 30 年 4 月 1 日		資格喪失年月日	令和 年 月 日			
出産・休業 及び報酬について	出産 年月日	令和 4 年 7 月 1 日	出産 予定日	令和 4 年 7 月 3 日	胎児 の数	単胎・多胎(児)	
	出産のため 休んだ期間	令和 4 年 5 月 21 日 から 令和 4 年 8 月 26 日 まで	98 日間	左記の期間に 報酬を	受けた・受け ない		
	報酬を受けた 場合その期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	報酬 の額	円		
被保険者	上記の通り請求します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和 4 年 9 月 15 日						
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - ×××× 東京都●●区▲▲町 1-2-3					
	氏名(フリガナ)	健保 花子 (ケンポ ハナコ)					
	日中連絡の取れる電話番号	03-〇〇〇〇-××××					
委任状(退職後の 任意継続の方・資格喪失後 の請求のときには記入を要し ません。)	法定給付の受領を 〇〇〇株式会社 に委任いたします。 被保険者 健保 花子 ※上段にお勤めの事業所名(会社名)、下段に被保険者名をご記入ください。						
振込先(資格喪失後 6ヶ月以内の請求のときの み必ずご記入ください。)	金融機関	銀行	口座番号				
		支店	種別	普通・当座			
	名義(漢字)	名義(カナ)					
事業主証明欄	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	左記の期間の 報酬の	有・無		
	報酬支給 対象期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	報酬 の額	円		
	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(又は代理人) 所在地 事業主証明欄 氏名						
医師又は 助産師の 証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日			
	分娩の 状態	正常・異常	胎児 の数	単胎・多胎(児)	生産・死産 の別	生産・死産 (妊娠第 月又は 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 医師の証明欄						

被保険者等記号 311~361 の方は委任状欄も必ず記入してください。空欄の場合は返戻となり再提出が必要となります。

- * 太枠内にご記入いただき、各種証明を受けてください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めのであった事業所名をご記入ください。任意継続の方、資格喪失後の請求の方は該当の口にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名・被保険者名をご記入ください。(委任状は給付金をお給料にて支給するために必要となります。)なお、任意継続の方は記入を要しません
- * 資格喪失後の請求のとき(任意継続であった方を除く)のみ「振込先」欄に振込みご希望の金融機関名をご記入ください。
- * 医師又は助産師の証明と事業主の証明を受けて、組合に提出してください。
- * 任意継続の方、資格喪失後6ヶ月以内の出産のために請求をされる方は事業主の証明は不要ですが、出産(予定)日以前42日に事業所に在籍中であった方は必ず事業主の証明を受けてください。

受付印