

出産手当金請求書

令和〇年4月10日提出

本人記入欄			
事業所名	ブリヂストン〇〇〇〇		所属部署 総務課 総務係
被保険者等記号番号	記号 1111	番号 222222	
被保険者名	健保 花子 ⑩*	被保険者 連絡先	E-MAIL: kenpo@bridgestone.com TEL: 090 - 〇〇〇〇 - ××××
被保険者住所	東京都〇〇区〇〇1-3		
被保険者生年月日	昭和(平成)令和 〇〇年 〇月 〇日	分娩の日	〇年 2月 10日 5時頃
分娩のため 仕事を休んだ 期間 (暦日期間)	〇年 12月 31日から 〇年 4月 7日まで(98)日間		
休んだ期間中有給 休暇や給料を受け られる日があるとき はその期間 (暦日期間)	〇年 1月 5日から 〇年 1月 7日まで(3)日間		

*被保険者が自筆(手書き)の場合は押印省略可

<必ずお読みいただきチェックを入れてください>

確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請書のご記入漏れが無いかご確認ください
振込	・出産手当金は被保険者給与口座に振込まれます ・振込日・振込金額等は「給付金のお知らせ」にてお知らせ致します
申請書提出先	各事業所の健康保険担当者に提出

健康保険組合使用欄	
産前	健保が使用する欄です
産後	

R6.11 ブリヂストン健康保険組合

