

出産手当金・出産手当金付加金 第 回 請求書

事業主へ令和 年 月 日提出

被保険者(申請者)

医師・医療機関の証明

<事業所名>

マネージャー 担当者

ENEOSグループ健康保険組合

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
 なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が揭示されています。

被保険者記号	番号	会社名(出向元)
被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small> 本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)	事業所・所属	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
被保険者住所	〒 - 電話番号 () -	
この請求は、出産前の請求ですか 出産後の請求ですか	出産前・出産後	資格喪失後に出産した場合 資格喪失年月日
令和 年 月 日		令和 年 月 日
上記で、「出産前」の場合は出産予定日、 「出産後」の場合は出産予定日と出産日	出産 予定日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
* 出産のため休んだ期間 (申請期間)	期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
	うち入院	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
* 出産日(出産予定日より遅れた場合は予定日)以前42日(多胎妊娠の場合は98日)から出産日後56日までの間で、労務に服さなかった期間。 土・日・祝日を含む。		

出産者氏名	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日
入院して 出産した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
出生児の数	単胎・多胎 (児)	出産後の時は生産 または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
医療機関の所在地	令和 年 月 日			
医療機関の名称				
医師または助産師の氏名				
電話番号				
※内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と医師または助産師の氏名を記入願います。				

*労務に服さなかった期間 (土・日・祝日を含む)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間			
上記期間中*に報酬※がありますか	あり・なし	報酬※がある場合は、下記に報酬の名称・支給対象期間・報酬の金額を記入してください。		
事業主証明欄 報酬内訳	報酬の名称	支給対象期間	報酬の金額	給与の種類
		年 月 日～ 年 月 日 日分 月分	円	月給 日給 その他 ()
		年 月 日～ 年 月 日 日分 月分	円	
		年 月 日～ 年 月 日 日分 月分	円	
現物給与()	年 月 日～ 年 月 日 日分 月分	円	支払日	当月・翌月 日
※報酬・・・給与、通勤手当、家族手当、住宅手当、財形奨励金等、現物給与である通勤定期券・食事・社宅などの労働者が労働の対償として得るもの全て 上記のとおり相違ないことを証明します。				

令和 年 月 日

事業所名

事業主名

受付日付印

※内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名を記入願います。