

出産手当金請求書

PD

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	氏名	事業所・職場の名称 (TEL)		
				(TEL)		
	出産予定日	平成 年 月 日 (出産予定)				
	出産日	平成 年 月 日 (出 産)				
	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)				
	上記のとおり請求します。 平成 年 月 日 千 一 TEL () 一 請求者 住所 YKK健康保険組合 理事長 殿 氏名 印					
医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産予定日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 ヲ月)		
	出 産 日	平成 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 (児)		
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医 師 住 所 または 氏 名 助産師 TEL 印					
事 業 主 の 証 明 欄	(A) 労務に服さなかった期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)			
	(B) 報酬の支給状況	<input type="checkbox"/> 全部支給した	(A) の期間に1日当たりの報酬の全部(有給休暇含む)を支給した場合、その期間を記入してください。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日分)			
		<input type="checkbox"/> 一部支給した	(A) の期間に1日当たりの報酬の一部(半日年休・諸手当等)を支給した場合、その期間と金額を記入してください。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日分) (円支給)			
		<input type="checkbox"/> 支給なし	(A) の期間に報酬の支給はありません。			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地 事業主 事業所 TEL 印					

- ご記入の際は裏面の注意事項を、よくお読みの上ご記入ください。
- ご記入いただいた個人情報は、出産手当金の振込みにのみ利用させていただきます。

受付印

被保険者への注意事項

- 被保険者の記入欄をすべて記入してください。
 - 産前・産後休暇は健保掲示板（※1）の「出産手当金カレンダー」を参照してください。
 - 「労務に服さなかった期間」は産前休暇入りした日以降で労務に服さなかった期間を記入してください。
 - この請求書は産後休暇終了後に受付します。毎月18日に締切りますので事業所経由で提出してください。
- （※1）ノーツ関係会社掲示板 ⇒ YKK健康保険組合掲示板

事業主への注意事項

- （A）は、産前休暇入りした日以降の「労務に服さなかった期間」を記入してください。
- （B）は、（A）の期間の報酬の支給状況を記入してください。
- 被保険者の資格喪失後の期間については、事業主の証明は必要ありません。

振込みについて

- 出産手当金の支給は、毎月末日（支払日が休日の場合はその前日）に経費口座に振込みます。
- 支給額については、当健保組合から通知する「健康保険のお知らせ」をご確認ください。

問合せ先

- 〒938-8601
富山県黒部市吉田200
YKK健康保険組合 : 現金給付担当
TEL : (外線) 0765-54-8650 (内線) 77-3920
FAX : (外線) 0765-57-0326 (内線) 77-3929
ホームページアドレス : <http://www.ykk-kenpo.jp/>

提出ルート

