

受付年月日	年 月 日	常務理事	事務局長	業務部長	課 長	担当者
伺年月日	年 月 日					
決裁年月日	年 月 日					
支給額	円					
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	資格取得	年 月 日			
不支給理由		資格喪失	年 月 日			
		備考				

## 出産手当金請求書

年 月 日

栃木県農協健康保険組合理事長 殿

〒□□□□ - □□□□

住 所

①被保険者 氏 名 ㊟

電 話 ( )

下記のとおり請求します。

②被保険者証の 記号・番号	—	③被保険者 の区分	<input type="checkbox"/> 正職員	<input type="checkbox"/> 月給 (正職員以外)	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 時給
④事業所の 名 称		⑤出産予定年月日	年 月 日			
⑦分娩のため 休んだ期間	年 月 日 から 年 月 日まで	⑥出 産 年 月 日	年 月 日			
⑧上記の期間の報酬(賃金) の全部または一部を受けた ときまたは受けられるとき はその報酬額および期間	年 月 日 から 年 月 日まで	日分 円				

医師または助産師の意見	⑨ 出産予定年月日	年 月 日	⑪ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)
	⑩ 出 産 年 月 日	年 月 日		
	⑫ 生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 月 又は 週)		
	⑬ 上記のとおり相違ありません。			
年 月 日				
医療機関の所在地				
医療機関の名称				
医師・助産師の氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				
電 話 ( )				

事業主証明	⑭ 労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日 間	
	⑮ 上記の期間中 の分として支払う報酬関係	㊲ 全額支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日 額) ( 月 日支払) (金 円)
		㊳ 一部支給した場合、又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで	金 円 (日 額) ( 月 日支払) (金 円)
		㊴ 現在までも、将来も支給しない場合はその旨		
⑯	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名 <span style="float: right;">㊟</span>			

### 注意事項

請求期間中の「賃金台帳」と「出勤簿」の写しを必ず添付してください。賃金が満額支給ではないものについては計算式を賃金台帳の空いているところまたは別紙にてご説明ください。

振込希望の金融機関	⑰	農協 ・ 銀行	本所・支所, 本店・支店, 出張所
		口座番号(普通・当座) No. _____	
		(フリガナ)	
		被保険者の口座名義	

なお、振込口座については間違いの無いよう、正確にご記入下さい。