【第一生命従業員（ｷｬﾘｱﾛｰﾃｰｼｮﾝ者含む）】DN総務事務センター経由 ・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

第一生命健康保険組合　御中

受信No.	

出産手当金請求書

被保険者証	記号	番号	所属またはグループ会社名	
			部 支社 会社	課 営業ｵﾌｨｽ
被保険者氏名			資格取得年月日	S・H・R　年　月　日
			資格喪失年月日	H・R　年　月　日

●事業主証明欄（注1）	労務に服することができなかった期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで 日間 ※土、日を含めて証明してください	令和　年　月　日 （注1） 事業主氏名

被保険者記入欄	
	上記のとおり請求いたします　令和　年　月　日 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします（注6） 住所　〒 被保険者 氏名　昭和・平成・令和　年　月　日生

医師または助産師意見欄	分娩（予定）年月日	左記のとおり相違ありません 令和　年　月　日 医療機関の名称・所在地　〒 医師・助産師名 電話番号　（　　）
	令和　年　月　日	※上記証明については、「市区町村出生届出済証明欄のページ」のコピーで代用可

（注）
1. ●印の欄は事業主で記入してください（第一生命従業員は不要）
2. 出産手当金は出産前42日、出産後56日の98日間を限度として労務に服さなかった期間を請求することができます（双児以上の場合は出産前98日、出産後56日の154日間を限度とする）
3. 医師の証明欄については、母子手帳（市区町村出生届出済証明欄のページ）コピーでも代用可
4. 労務に服さなかった期間を含む月の給与明細（写し）を添付してください（第一生命従業員は不要）
5. 労務に服さなかった期間を含む月の出勤簿（写し）を添付してください（第一生命従業員は不要）
6. 受領委任については任意継続者は対象外です（ご登録の保険料振替口座に支給します）
7. 給付を受ける権利は、労務につかなかった日ごとに、その翌日から2年で時効となります

健保組合処理欄	支給期間	保険給付金
	自 R　年　月　日 至 R　年　月　日	円

常務理事	事務長	担当	検算	支払	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日

R5.9