

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号

旭化成健康保険組合

## 出 産 手 当 金 請 求 書

本人 (被保険者) 記入	被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)	朱肉使用	連絡先(TEL)		請求区分
	20 ・ 21			印	(職場・自宅)どちらかに○ ( )		産前・産後
	所属			今回、出産のため 勤務を休んだ期間	平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日	日間	
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日						
現住所(退職者のみ)							
振込銀行(退職者のみ)							
銀行 支店(普・当) 口座番号( )							
医師 または 助産師 証明	出産予定年月日	平成・令和 年 月 日	出産年月日	平成・令和 年 月 日			
	出生児の数	単児・多児( )児	生産または死産の別	生産:死産(妊娠週)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日						
所在地							
医師または助産師 病院名							
氏名 印							
電話 ( )							
事業主 の証明	労務につかなかった期間(週社休・年次有給休暇を含む)			平成・令和 年 月 日	日間		
				平成・令和 年 月 日			
*対象期間の出勤証の写しを必ず添付してください。							
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日							
事業主 印							

[書類の流れ] 本人→医師→本人→総務勤労窓口→旭化成健康保険組合

〈注意〉修正する場合は、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)