

出産手当金請求書

CKD健康保険組合理事長 殿

住 所 〒

被保険者
(社員本人) 氏 名

電話番号 () -

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 (社 員 本 人) が 記 入	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	事業所 名 称 (該当に○)	CKD(株)・CKDグローバルサービス(株) CKD健保・CKD基金・任意継続			
	出産予定日	令和 年 月 日			出産日	令和 年 月 日		
	出産のため就業 しなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間						
	上記期間内での 有給休暇扱い日 (該当に○)	・無 ・有 → 有給休暇扱い日を 月/日 で記入 有給日() 日間						
	※下記振込先は会社を退職した方及び任意継続の方のみ記入。(社員は給与とともに振込み。)							
振 込 先 (※)	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を資料できません。 下記記入の際は被保険者名義の口座を記入。ゆうちょ銀行の場合は、通帳記載の「他金融機関からの受取口座として利用す る場合の口座」を記入。記入間違いにより再振込をする際は手数料を負担いただきます。							
	銀行 金庫 農協	支店	普通 ・ 当座	口座 番号		口座 名義	フリガナ	

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明	出 産 年 月 日	令和 年 月 日	出産・出産予定 (該当に○)	・単胎
	出産予定年月日	令和 年 月 日		・多胎 (児)
	正常・異常出産 の別(該当に○)	正 常 ・ 異 常	生産・死産 の別(該当に○)	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 名 称 医師・助産師名			

事 業 主 の 証 明	労務に服さな かった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間					
	上記期間 における 給料支払 (該当に○)	無 ・ 有	支給対象期間		日数	金額・支払日	種類
			R 年 月 日 ~ R 年 月 日分	日間	円 (月 日支払)	・月給 ・日給 ・日給月給 ・時間給	
			R 年 月 日 ~ R 年 月 日分	日間	円 (月 日支払)	・月給 ・日給 ・日給月給 ・時間給	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 名 称 事業主氏名						

健保組合記入欄							
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	出手日額	円	支給額	円	
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 []日間						