

# 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	保険証 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					