

[提出先] りそな・埼玉りそな籍の方 : りそな銀行人事サービスセンター(大阪) 担当者様あて  
 関西みらい籍の方 : 関西みらい銀行人事部 担当者様あて  
 みなと籍の方 : みなと銀行人事部 担当者様あて  
 関連会社籍の方 : 各社人事部 担当者様あて

りそな健康保険組合 御中

記入例

## 出産手当金・同付加金請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	4010	被保険者氏名	ふりがな	リソナ ハナコ
		番号	12345			りそな 花子
	被保険者の 現住所・電話番号	〒 123 - 4567 大阪市中央区備後町2-2-1 TEL: 06 - 1234 - 5678				
	被保険者の 勤務する事業所	会社名	りそな銀行			
		部署名	大阪営業部			
	被保険者の資格を取得した日	2010年 4月 1日				
	この請求は出産の前・後 どちらの請求ですか	出産前 ・ 出産後				
	出産前のときは出産予定日	2019年 1月 30日				出産予定
	出産後のときは出産の日					出 産
	出産のため休んだ期間	2018年 12月 20日 2019年 3月 27日				98日間
上記の休んだ期間 報酬を受けましたか	受けた ・ 受けていない					
備 考						

※ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

・資格喪失後の場合

・給付金の受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望する)場合 記入してください。

支給金受取方法	銀行	支店	普通預金 ・ 当座預金
	口座番号( )		口座名義(フリガナ )

給付金の受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望する)場合に記入してください。

委 任 状	私は、	を代理人と定め、	年	月	日に請求した出産手当金、
	金	円也の受領方を委任します。			年 月 日
			氏名		(印)

事業主の証明	労務に服さなかった期間 (年休取得日除く)		年 月 日 から 年 月 日 まで	日間	
	上記期間中の報酬について	全額支給する場合	年 月 日 から 年 月 日 までの分	円	
		一部支給する場合	記入不要 (事業主が記入します。)		円
		現在または将来も支給しない場合はその旨			
上記の通り相違ないことを証明いたします。 年 月 日					
事業主名 事業主所在地 代表者氏名 <span style="float: right;">(印)</span>					

医師 又は 助産婦の意見	出産年月日	年 月 日	
	出産予定年月日	年 月 日	
	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 週または ヶ月)	
	出生児の数	医師の証明を受けてください。	
	入院して出産したときはその期間	年 月 日 まで	日間
上記の通り相違ないことを証明いたします。 年 月 日			
医療機関名 医療機関所在地 医師又は助産婦の氏名 <span style="float: right;">(印)</span>			

[ 健保使用欄 ]

支給対象期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日間
<input type="checkbox"/> 予定日前の出産		$42日 + 56日 = 98日間$
<input type="checkbox"/> 予定日後の出産		$42日 + \alpha日 + 56日 = 98日 + \alpha日間$