

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)		連絡先(TEL)			請求区分		
	20 ・ 21				(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	令和 年 月 日	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	令和 年 月 日	出産年月日	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										
					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)				令和 年 月 日	令和 年 月 日	日間			
	上記のとおり証明します。					令和 年 月 日				
事業主										

[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)