

十 八 公 報										受 付 年 月 日										令 和 年 月 日									
* 出産手当金請求に関するお問合せ先は、事業主(所属会社の総務人事)です (サンリオは人事が指定する問合せ先) 1. 請求書は両面印刷で可 2. 青の二重線枠内を被保険者 [本人] がすべて記入(記入もれがある場合、受理できません) 3. 赤の点線枠内を、医師に記入してもらってください 4. 2・3の記入後、被保険者が事業主へ提出(事業主は該当欄に記入し添付書類と共に健保へ提出)																													
備 考										支給額算定に用いる支給日額																			

出 産 手 当 金 請 求 書

サンリオ健康保険組合理事長殿																				令 和 年 月 日									
被保険者										住所																			
氏名										Tel ()																			
下記のとおりに請求します。																													
健康保険		記号				事 業 所				標 準 報 酬		この欄は				未記入でも可													
		番号				の 名 称				月 額																			
出 産 予 定 日		令 和 年 月 日		出 産 日		令 和 年 月 日																							
出 産 の た め 休 ん だ 期 間		実際の出産日から算出される 産前休業開始日から産後休業終了日までを記入 (不明な場合は、事業主に確認すること)																											
休みの期間の分の報酬を受けましたか または受けられますか		給与等の支給の有無を記入 はい ・ いいえ																											
振込を希望する銀行等の名称										預金の種類及び口座番号																			
※三菱UFJ銀行の口座をお持ちの方は、当該口座の指定をお願いいたします。																													
普通 当座		口座番号		被保険者(本人)名義の口座を記入 ※できましたら「三菱UFJ銀行」の口座を指定願います																									
□マイ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☑ 利用しない場合は上記の欄を記入)																													

医師または 助産婦の 意見	出産予定年月日		令 和 年 月 日		生産または 死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)		
	出 産 年 月 日		令 和 年 月 日		出生児の数		単 胎		
	上						児		
	日						日		
医師が記入・証明する欄									
医師の氏名									
Tel ()									

		令和 年 月 日 から 日 間	
事業主が記入するところ	ア 法定給付期間	上記	
			8 29 30 31 日
			8 29 30 31 日
	イ		8 29 30 31 日
			8 29 30 31 日
			8 29 30 31 日
	ウ 給付（○で）		
	エ アの期間の分として支払報酬関係		日間 円
	オ 現金支給		日間 円
	コ	上記のと	
ロ	事業主 氏名 Tel ()		

事業主（所属会社の総務人事）が記入・証明する欄

委任状	本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	本人	記入不要	
			
	代理人	氏名	