

会社へ提出してください

出産手当金請求書

保険証に記載されている「記号」「番号」を記入してください。

保険証に記載されている事業所名称所在地は次頁を参照してください。

被保険者証 記号・番号	111-2222	事業所の 所在地	名称	(株)イノアックコーポレーション	標準報酬 月額	記入不要 千円
	どちらかに○		所在地	安城市今池町三丁目1番36号		
分娩前又は分娩後	分娩前・分娩後	分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩のあった年月日	2019年 5月 1日			
分娩のため 休んだ期間	年 月 日 日間					記入不要(事業主記入)
上の期間に報酬(賃金)の全部又は一部を受け た時又は受けられる時はその期間及び報酬額	年 月 日 日間					
振込希望銀行	銀行名	支店名	請求者名義普通預金口座番号			
	〇〇銀行	〇〇支店	0123456			
被保険者(社員の方)名義の口座をご記入ください。						
上記のとおり請求します。 2019年 12月 20日						
被保険者 社員の住所・氏名 押印(シャチハタ可)を お願いします。	住所	〒111-2222 〇〇市△町1丁目2番3号				
	フリガナ 氏名	ケンホ ヤス 健保 康子 (健保)				
	(生年月日)	1991年 6月 20日				
産科医療保証組合理事長 殿						
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の番号を記入した場合は不要) 記入不要						

医師又は助産婦の意見	分娩年月日	年 月 日	分娩予定	単胎 (児)
	正常分娩または異常分娩の別	正常・異常	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月)
	医師または助産婦記入欄			
(職名) 住所 名称 氏名 印				

事業主証明	分務に版さな かった期間	年 月 日から 年 月 日から	日間	
	上記の期間 中の分として 支払う報酬 関係	全額支給 の場合	年 月 日から 年 月 日から	の分 金 円 日額
	一部支給 の場合	年 月 日から 年 月 日から	の分 金 円 日額	
上記のとおり相違ないことを証明します。 記入不要(事業主記入)				
住所 事業主 名称 氏名 印				

事業所の所在地

会社名	郵便番号	住所
井上護謨工業株式会社	456-0054	名古屋市熱田区千年一丁目16番30号
イノアック健康保険組合	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
株式会社イノアックコーポレーション	446-8504	安城市今池町三丁目1番36号
BASF INOAC ポリウレタン株式会社	441-1347	愛知県新城市川田本宮道1-196
株式会社イノアックインターナショナル	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
名栄産業株式会社	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
愛厚産業株式会社	446-8504	愛知県安城市今池町三丁目1番36号
株式会社アイユーサービス	454-0835	名古屋市中川区八家町三丁目28番地
株式会社イノアック住環境	456-0062	愛知県名古屋市熱田区大宝四丁目9番27号
イノアックエラストマー株式会社	503-2417	岐阜県揖斐郡池田町本郷680番地
株式会社東日本イノアック	409-3611	山梨県西八代郡市川三郷町大塚700
株式会社イノアック技術研究所	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
高浜化成株式会社	446-8504	愛知県安城市今池町三丁目1番36号
株式会社イノアックマネージメントシステム	446-8504	愛知県安城市今池町三丁目1番36号
株式会社ビーアイエムシー	503-2417	岐阜県揖斐郡池田町本郷680番地
株式会社イノアックリビング	450-0003	名古屋市中村区名駅南二丁目13番4号
任継		記入不要