

事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	⑬ うえの期間中の分として支払う報酬関係	全額支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで		金 円 日額 (月 日支払) 金 円	の分
		一部支給した場合 又は支給する場合	年 月 日から 年 月 日まで		金 円 日額 金 円	の分
		現在までも又将来も支給しない場合は、その旨				
	うえのとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 住 所 〒 事業主 氏 名 ⑭ 電話 (局) 番					

医師又は助産婦が意見を書くところ	⑭ 分娩年月日又は 分娩予定年月日		年 月 日 分 娩 年 月 日 分 娩 予 定		
	⑮ 分娩後の時は正常分娩 又は異常分娩の別	正常 ・ 異常	⑯ 分娩後の時は生産 又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヶ月)	
			⑰ 単胎又は多胎の別	単 胎 多 胎	
	⑱ 入院して分娩した 時はその期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		入院費用の別	健 保 ・ 自 費 公 費 ・ その他
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所(所在地) 〒 医 師 医療機関名 氏 名 ⑲ 電話 (局) 番				

支払金融機関の欄	支払区分	1 : 振 込		1 ・ 普 通	銀行	本店 支店
		2 : 記入しないで下さい。				
		3 : 記入しないで下さい。				郵便局
		4 : 記入しないで下さい。				
金融機関コード						
口座番号						口座名義

【注意事項】

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚1-50-9 中村屋健康保険組合

TEL:03-3481-5560 FAX:03-5454-7147