

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

|                   |   |   |                   |                         |  |   |   |    |
|-------------------|---|---|-------------------|-------------------------|--|---|---|----|
| 被保険者(請求者)が記入するところ | ① 被保険者証の記号・番号<br>(記号) (番号)                    |   | ② 事業所名            |                         | ③ 被保険者の業務の種別<br>(既に退職している場合は退職前の業務の種別) |   |   |    |
|                   | ④ 氏名<br>(フリガナ)                                | ⑤ 生年月日  |                   | 昭和                      | 年                                      | 月 | 日 | 平成 |
|                   | ⑥ 住所  | TEL ( ) -   |                   |                         |  |   |   |    |
|                   | ⑦ 出産の予定日                                      | 令和 年 月 日  | ⑨ ⑧の期間中に給料を受けましたか |                         |  |   |   |    |
| ⑧ 出産のため休んだ期間      | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで<br>ただし [ ] 日は出勤のため除く | ア. 全部受けた<br>イ. 全部受けられる<br>ウ. 一部受けた<br>エ. 一部受けられる<br>オ. 受けられない |                   | 年 月 日から<br>年 月 日から<br>円 |  |   |   |    |

|                        |       |        |                          |                 |      |                               |
|------------------------|-------|--------|--------------------------|-----------------|------|-------------------------------|
| 請求者又は受取代理人<br>が記入するところ | ⑬ 振込先 | (フリガナ) | 銀行<br>金庫<br>組合<br>農協     | 本店<br>支店<br>出張所 | 預金種別 | 1:普通<br>2:当座<br>3:別段<br>4:その他 |
|                        |       | 口座番号   | 口座名義人の氏名<br>カタカナでご記入願います |                 |      |                               |

↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

|                                 |           |  |                       |               |
|---------------------------------|-----------|--|-----------------------|---------------|
| この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入して下さい。 | ⑭ 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。<br>令和 年 月 日 | 代理人の氏名<br>(フリガナ)      | 被保険者(請求者)との関係 |
|                                 |           | 被保険者(請求者)住所                                | 代理人の住所・電話番号<br>(フリガナ) |               |
|                                 |           | 氏名   | 〒 -                   | 電話 ( )        |
|                                 |           |  |                       |               |

|                  |   |                   |         |           |
|------------------|---|-------------------|---------|-----------|
| 医師または助産師が証明するところ | ① 出産予定年月日   | 令和 年 月 日          | ② 出産年月日 | 令和 年 月 日  |
|                  | ③ 生産・死産の別   | 生産・死産(妊娠第 週又は第 月) | ④ 出生児の数 | 単胎・多胎( 児) |
|                  | ⑤ 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>医療施設の所在地・名称<br>医師・助産師名<br>TEL ( ) - |                   |         |           |

受付年月日

|   |   |   |   |  |      |      |    |    |
|---|---|---|---|--|------|------|----|----|
| 事業主が証明する報酬と額  | ⑧の期間のうち労務に服さなかった期間                                      |   | ⑩ 職場復帰しましたか                               | ⑪ ⑧の期間に報酬を支給しましたか  |      |      |    |    |
|   | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで                                | ただし(具体的な日付を記入してください)<br>は出勤のため除く<br>は有給休暇 | ア. 欠勤中(証明日現在)<br>イ. 月 日から出勤<br>ウ. 月 日付で退職 | ア. 全部支給した イ. 全部支給する<br>ウ. 一部支給した エ. 一部支給する<br>オ. 支給しない     |      |      |    |    |
|   | ⑫ 報酬の支払形態   |   | ⑬ 報酬の締切日・支払日                              | ⑭ 欠勤した場合の報酬の支給方法   |      |      |    |    |
|   | ア. 月給制 イ. 日給月給制<br>ウ. 日給制 エ. 時間給制<br>オ. その他( )          |   | (締切日) (支払日)<br>日締め 日払い                    | ・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する<br>・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する<br>その他( ) |      |      |    |    |
|   | ⑮ ⑧の期間中における報酬(今後支払い予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください。 |   |   |  |      |      |    |    |
|   |   | 欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額                       | 基本給                                       | 家族手当   | 役付手当 | 通勤手当 | 手当 | 手当 |
|   | 月分  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                        | 円   | 円  | 円    | 円    | 円  | 円  |
|   | 月分  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                        | 円   | 円  | 円    | 円    | 円  | 円  |
|   | 月分  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                        | 円   | 円  | 円    | 円    | 円  | 円  |
|   | 月分  | 年 月 日から<br>年 月 日まで                        | 円   | 円  | 円    | 円    | 円  | 円  |
| ⑯ 上記のとおり相違ありません。<br>令和 年 月 日 事業所の所在地<br>事業所の名称<br>事業主の氏名<br>TEL ( ) - |   |   |   |  |      |      |    |    |

大阪婦人子供既製服健康保険組合