

この欄には記入しないこと

支給決定	常務理事	業務部長	担当者	年 月 日 資格取得	支給日額	年 月 日 起案					
				年 月 日 資格喪失		支給決定金額					
	前回までの支給期間				円						
	. . ~ . . .										
年 月 日 予定 ・ 年 月 日 分娩				標準報酬 日額	支給率	支給日数	支給額	108条該当 控除額	差引支給額		
支 給 期 間											
自 年 月 日 日間 至 年 月 日 102条不該当 日間 は 108条2項該当 円控除				円	×	日	円	円	円		
備考	昭・平 年 月 日										

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被保険者の記号番号	—	②事業所名											
	③分娩予定年月日	年 月 日	④分娩年月日	年 月 日										
	⑤分娩のため休んだ 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 ただし () は出勤 () は 有給 このうち 休暇												
	上記について出産手当金を請求します。 年 月 日 円 — 被保険者 住所 (請求者) 氏名 電線工業健康保険組合理事長 殿 電話													
振 込 先 指 定 口 座	金融機関名		☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 信組 ☐ 農協	☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ 出張所		預金の種類 ☐ 1. 普通 ☐ 2. 当座								
	口 座 名 義 カタカナで記入				口 座 番 号		左づめ							
医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	⑥分娩予定年月日	年 月 日	⑦分娩年月日	年 月 日										
	上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 氏名 電話 ()							出産児の数		単胎 ・ 多胎				
委 任 状	わたくしは、 を代理人と定め、上記請求した給付金の受領方を委任します。 委任者 住 所 氏 名 代理人 住 所 氏 名													

注意：この請求書には必ず事業主記入用を添付してください。
※口座名義人は被保険者（請求者）を記入してください。

記入するときの注意事項

- 記入するときには、鉛筆を使用しないでください。
- 提出するときは、記入もれや記入誤りがないか注意してください。もし、記入誤りがあって訂正したときは、二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

《被保険者(請求者)が記入するところ》

- ① 健康保険被保険者証に書いてある記号番号を忘れずに記入してください。
- ③ 分べん予定年月日及び④分べん年月日を必ず記入してください。
- ⑤ 通算日数をまちがえないように記入してください。

例えば分べんのため休んだ期間が3月1日から4月11日まで42日間のうち、3月7日1日間を出勤した場合、通算日数は42日間と書き、「ただし、このうち(3月7日)は出勤のように()内に出勤した 月 日を記入してください。

《医師・助産師の証明欄》

- ⑥ 分べん後に請求される場合であっても、⑦の分べん年月日のほかに、⑥分べん予定年月日も必ず証明してもらってください。

《直接払いの場合》

請求者の口座に振り込みをする直接払いの場合は、「振込先指定口座欄」に請求者の氏名・金融機関名口座番号等を記入してください。

《委任状欄》

この給付金の受け取りを代理人(事業主)に委任する場合のみ「委任状欄」に請求者及び代理人それぞれが氏名・住所を記入してください。

＜事業主記入用＞

※(ア)労務に服さなかった期間にかかる「出勤簿」「賃金台帳」等の写しを添付してください。

※訂正がある場合は、二重線で抹消し、正しい内容と事業主担当者の氏名(サイン)を記入してください。

(ア) 労務に服さなかった期間		年 月 日から		年 月 日まで		日間																											
(イ) 給与体系		☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時間給 ☐ その他 ()		支払月		☐ 当月 ☐ 翌月																											
(ウ) 出勤日は「○」、有給休暇取得日は「△」、公休日は「公」、欠勤日は「／」を記入してください							出勤 日数																										
事業 主 が 証 明 す る と こ ろ	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
(エ) 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支払いました(ます)か				☐ はい ☐ いいえ																													
(オ) 労務に服期することができなかった期間を含む賃金計算期間の支払状況を記入してください	自年月日		至年月日		日間	総支給額	控除額																										
	年 月 日		年 月 日			円	円																										
	年 月 日		年 月 日			円	円																										
	年 月 日		年 月 日			円	円																										
(カ) 通勤手当の支払状況について記入してください	☐ 支給なし ☐ 実費支給 円 (1 日 円 × 日分) ☐ 定期券代の支給 円 (月 日から カ月分定期)																																
● 賃金計算方法(欠勤控除計算方法)等について記入してください	○ 基本給 円																																
上記のとおり相違ないことを証明します					担当者氏名 (必須)																												
年 月 日																																	
事業主所在地																																	
事業主名称																																	
事業主氏名																																	
電話 — —																																	

(ウ) (オ) は、「出勤簿」「賃金台帳」の写しの添付があれば省略可です。その場合は、両面印刷は不可です。