

健康保険

出産手当金請求書

記入方法は記入例をご覧ください。

適正な給付決定処理を行うために個人情報を利用させていただきます。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号		フリガナ		続柄	生年月日
		番号		被保険者 (請求者) の氏名			昭 平 年 月 日
	被保険者 (請求者) の住所	郵便番号		-	電話	( ) 日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
		フリガナ					
	事業所の名称					電話	( )
	分べん予定日	令和 年 月 日 予定日	被保険者の 資格を取得 した日	昭 平 令	年 月 日	被保険者の 標準報酬月額	千円
	分べんの日	令和 年 月 日 分べん					
	分娩のため 休んだ期間 (請求期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間				
	うえの に書いた期間の 部分の報酬を受けました か、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬の支払を受けたとき又 は受けられるときは、その 報酬の額と報酬支払の基礎 となった(なる)期間			令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで の分として	円
	病院 または 産院名	病院また は産院の 所在地					
備考							

受 取 方 法	支 払 先 及び支払方法	支 払 先	本人(請求者)に支払う
		支 払 方 法	銀行振込
振 込 希 望 口 座	銀行コード	<input type="text"/>	支店コード
		銀行・農協 信金・信組	本店 支店
	預金種別	口座番号	フリガナ
	普通 当座	<input type="text"/>	口座名義

受付日付印

令和 年 月 日 提出

酒フーズ健康保険組合

請求期間及び前2ヵ月間の出勤簿・賃金台帳を添付してください。  
 (賃金台帳には欠勤控除等の計算式を必ず記入してください。)

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		自 令和 年 月 日		日間																											
	至 令和 年 月 日																															
	給与形態	給与切り日 ( 日 )		月給・日給・時給・その他 ( )																												
		給与支払日 ( 日 ) 当月・翌月																														
		勤怠控除日 ( 日 ) 当月・翌月																														
	上期間の内訳	欠勤は 、有休は 、公休は / でそれぞれ表示して下さい。				欠勤	有給	公休	計																							
	年 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
	年 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
	年 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
	年 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
年 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	
交通費	有・無 (精算済の場合には無に○)	令和 年 月 日 ~ 年 月 日分	( 円 ヵ月分 )		担当者氏名																											
この期間として、現在までもまた将来も報酬を支給しない場合その理由																																
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名 TEL ( )																																

医師または助産師が意見を書くところ	分べん年月日 (分べん予定年月日)	令和 年 月 日 分べん (単胎・双胎)				
		( 令和 年 月 日 分べん予定 )				
	① 正常分べんまたは異常分べんの別	正常・異常	② 生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 ヶ月)		
	③ 入院して分べんしたときは、その期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	④ 入院費用の別	健保・自費 公費・その他	
	⑤ 上記のとおり相違ありません。		令和 年 月 日			
	職名 ( ) 住所 氏名 TEL ( )					