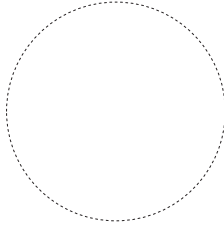


健康保険出産手当金請求書（第 回）

この欄の訂正は被保険者の印
 ◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

① 健康保険被保険者証の記号・番号 記号 番号		② 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日			③ 備考	
④ 被保険者の氏名・印 (フリガナ)				⑤ 事業所の名称		
⑥ 被保険者の業務の種類 (詳しく)			⑦ 法人の役員ですか いいえ・はい			
⑧ 被保険者の住所・電話番号 (フリガナ) 〒□□□-□□□□ 電話 ()						
⑨ 出産年月日 (出産前に請求するときは右欄の出産予定年月日のみ記入してください)		⑩ 出産予定年月日		⑪ 請求区分		⑫ 単胎・多胎妊娠の別
平成 年 月 日		平成 年 月 日		1. 実出産 2. 出産の予定		ア. 単胎 イ. 多胎
⑬ 請求期間 (出産のため休んだ期間) 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				⑭ ⑬の期間 (請求期間) に給料を受けましたか ただし (具体的な日付を記入してください) ア. 全部受けた イ. 全部受けられる ウ. 一部受けた エ. 一部受けられる オ. 受けられない		
				は出勤のため除く 有給休暇 円		

受付年月日



この欄の訂正は医師又は助産師の印

⑮ 出産年月日 (出産前の場合は出産予定年月日のみ記入してください)		⑯ 出産予定年月日 (出産後であっても必ず記入してください)		⑰ 生産・死産の別		⑱ 単胎・多胎妊娠の別	
平成 年 月 日		平成 年 月 日		ア. 生産 イ. 死産 (妊娠第 週又は第 月)		ア. 単胎 イ. 多胎 (児)	
⑲ うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名・印 ⑳ 電話 ()							

委任状の印は請求者(④欄)の印

委任状の印は請求者(④欄)の印			
表記請求金額の受領を 平成 年 月 日 に委任します。			
被保険者の住所 (請求者) 氏名		⑳ 電話 ()	
大阪自動車販売店健康保険組合理事長殿			

組合記入欄	支給金額 円		支給期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		算出基礎
	標準報酬月額 千円 (円)				
	出産予定日	平成 年 月 日	資格取得	昭和 平成 年 月 日	
	出産日	平成 年 月 日	資格喪失	平成 年 月 日	

この欄の訂正は事業主(㉔欄)の印

⑳ ⑬の期間のうち労務に服さなかった期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					㉑ ⑳の期間に報酬を支給しましたか ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない		
㉒ 報酬の支給形態 ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他 ()		㉓ 報酬の締切日・支払日 (締切日) (支払日) 日締め 日払い		㉔ 欠勤した場合の報酬の支給方法 (控除計算方法) ・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する その他 ()			
㉕ ㉒の期間中における報酬 (今後支払う予定のものを含む) 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。							
		基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当
欠勤しなかった場合の1か月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円
事業主が実証する報酬支払額と	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	円	円	円	円
	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	円	円	円	円
	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	円	円	円	円
㉖ うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名・印 ㉗ 電話 ()							

◎うらの記載例を参照して、誤りのないようにしてください。

平成14年5月13日から 平成14年8月18日まで		98日間	ただし (具体的な日付を記入してください) 5/13, 14, 15 は出勤のため除く は有給休暇		か ア. 全部支給した イ. 全部支給する ⑦. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない			
⑳ 報酬の支給形態		㉓ 報酬の締切日・支払日		㉔ 欠勤した場合の報酬の支給方法 (控除計算方法)				
ア. 月給制 ① 日給月給制	(締切日)	(支払日)	・基本給は ア. 控除しない ① 控除する (欠勤1日につき 月額の1/25控除する 円) ウ. 日給制 エ. 時間給制 20 25 オ. その他 () 日締め 日払い ・諸手当は ⑦ 控除しない イ. 控除する (欠勤1日につき 円) その他 (諸手当は1か月のうち出勤が0のときは支給しない)					
㉕ ㉔の期間中における報酬 (今後支払う予定のものを含む) 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	住宅手当	手当	
200,000円		円	円	円	4・7月 3か月分 12,000円	10,000円	円	
実 際 の 報 酬 支 払 額	5 月分	平成14年4月21日から 平成14年5月20日まで	4/21~5/15	/ ~ /	/ ~ /	6/21~9/20	/ ~ /	/ ~ /
	6 月分	平成14年5月21日から 平成14年6月20日まで	168,000円	円	円	0円	10,000円	円
	7 月分	平成14年6月21日から 平成14年7月20日まで	0円	円	円	0円	0円	円
	8 月分	平成14年7月21日から 平成14年8月20日まで	0円	円	円	0円	0円	円
	8 月分	平成14年7月21日から 平成14年8月20日まで	8/19~8/20	/ ~ /	/ ~ /	7/21~9/20	/ ~ /	/ ~ /
	8 月分	平成14年7月21日から 平成14年8月20日まで	16,000円	円	円	8,000円	10,000円	円
	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円
㉖ うえのとおり相違ありません。 事業所の所在地 大阪市△△区□□×丁目×番×号 平成14年8月25日 事業所の名称 ○○株式会社 (印) 事業主氏名・印 代表取締役 健康太郎 ㊤ 電話 06 (△△△△) △△△△								