

健保組合	常務理事	事務長	課長	リーダー	担当

出産手当金請求書

※字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)
裏面の注意事項等を読んで、記入もれのないようにしてください。

被保険者記入欄	請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	請求日	令和 年 月 日
	被保険者証 記号-番号		被保険者氏名 (必ず自署)	申請内容 <input type="checkbox"/> 産前のみ <input type="checkbox"/> 産後のみ <input type="checkbox"/> 産前産後一括
	住所・ 電話番号	(電話番号) - -		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	委任欄	「川崎重工業」、「川崎車両」、「カワサキモータース」、「任意継続」 以外の事業所の方のみ 、記入してください。(退職者除く) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。		被保険者氏名 (必ず自署)
振込口座 (ゆうちょ 銀行を除く)	退職後に出産された場合のみ記入 (退職後に任意継続保険に加入された方は除く) <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 普通 () <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 出張所		口座番号 (右詰めで記入)	
			名義 (カタカナ)	

※記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(証明者)の氏名(サイン)をご記入ください(訂正印でも可)

医師・ 助産師記入欄	出産予定日	予定日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 カ月)	
	及び出産日	出産年月日	令和 年 月 日	出産児の数	単胎・多胎(児)	
	上記のとおり相違ありません。		医療機関の所在地			
	令和 年 月 日		医療機関の名称 医師・助産師の氏名 電話番号 - -			

※証明内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者(証明者)の氏名(サイン)をご記入ください(訂正印でも可)

事業主証明欄	休業した期間	出勤は/、有給休暇等は△、欠勤は○で表示、休日は日付を赤○で囲んでください。																															
	令和 年 月 日	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
	令和 年 月 日	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
	日間	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
上記期間のうち報酬の全部又は一部を支給したとき 又は支給するときは、その期間および支給金額		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日分	支給金額	円																												
上記のとおり相違ないことを証明します。		休業証明取扱者氏名																															
令和 年 月 日		所在地 事業主 名称 氏名																															

組合決定欄	標準報酬月額	支給済期間		支給期間		日数
	千円	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日		
	資格喪失 のとき	資格取得日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	支給 決定日	令和 年 月 日	支給決定金額	
		資格喪失日	令和 年 月 日	支払日	令和 年 月 日	円
備考						

《 注 意 事 項 》

1. 出産手当金は、女子被保険者が出産のため会社を休んだとき、会社から給料を受けなかった場合に支給されます。また、退職後も一定の要件を満たしていれば支給されます。
2. この請求書は、産前と産後別に、または産前、産後一括してそれぞれの期間経過後に提出してください。
3. 字句を訂正する場合は、誤った字句を二重線で抹消し、正しい字句と被保険者氏名(サイン)を記入してください。(訂正印でも可)
4. この請求書は、毎月10日締切ですが、10日より早くなる月がありますので、ホームページなどで確認し、締切日までに当組合に届くように提出してください。
5. この手当金は、原則として当月25日(支給日が休日の場合はその直前の労働日)に支給します。
6. (必ず自署)と記載されている項目については、必ず被保険者ご自身で記入をしてください。

《 支 払 方 法 》

1. 「川崎重工業(801)」、「川崎車両(802)」、「カワサキモータース(803)」の被保険者の方には、給与口座に振込みます。 ※()内の数字は被保険者証の記号
また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。
2. 前項以外の事業所の被保険者の方には、事業主を経由して支給しますので、委任欄に被保険者氏名を自署してください。