

健 保 組 合	常務理事	事務長	課長	主事	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)

※消すことのできない黒色のボールペン等を使用し、楷書で丁寧に枠内に全ての項目について記入してください。

※枝番の記入は不要です。

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						
	被保険者等 記号一番号				-										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	在籍者の方のみ記入(「任意継続被保険者」、「退職者」は記入不要) この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 ただし、転籍等により事業主に変更があるときは、給付金支給決定時に在籍する 事業主に委任します。														被保険者氏名(必ず自署)							
	(事業主経由で支払いができない場合に備え、下欄の振込口座も必ず記入してください。(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ))																						
	振込口座 (ゆうちょ 銀行を除 く)	※任意継続被保険者以外は必ず記入してください(被保険者名義の口座のみ) <div><input type="checkbox"/>銀行 <input type="checkbox"/>本店 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>信金 <input type="checkbox"/>支店 <input type="checkbox"/>当座 <input type="checkbox"/>信組 <input type="checkbox"/>出張所 <input type="checkbox"/>その他()</div>														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 ～ 令和 年 月 日 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	
			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
	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	
			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日	
	千円		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							
	備考		円									

《 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. 在籍者の方は、事業主経由で支払いますので必ず委任欄に被保険者氏名を自署してください。
事業主経由で支払ができない場合に備え、振込口座(ゆうちょ銀行を除く被保険者名義の口座のみ)を記入してください。記入がない場合は支払が遅れる可能性があります。
2. 退職された方は、被保険者記入欄の「振込口座」に振込ますので、必ず記入してください。任意継続保険に加入された方には、加入時に指定された口座に振込みます。