

※	資格	取得	昭和 平成	年	月	日	標準報酬月額	平成	年	月	千円
		喪失	平成	年	月	日		平成	年	月	千円

## 健康保険出産手当金請求書

※両面コピー禁止  
(第 回)

(注意事項)  
○※印の欄と  
○該当箇所は漏れなく記入して下さい。

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号・番号	記号	1	②請求者 (被保険者) の氏名	京瀬良 花子						
		番号	12345								
	③請求者 (被保険者) の現住所	〒612-8501 京都市伏見区1-2									
	④事業所の名称	京セラ株式会社 本社									
	⑤資格取得年月日	平成・令和	年	月	日	⑦分娩予定年月 日	令和	年	月	日	
	⑥資格喪失年月日	平成・令和	年	月	日	⑧分娩年月日	令和	年	月	日	
	⑨分娩のため、 仕事を休んだ期 間	令和	年	月	日	から					
		令和	年	月	日	まで	92日間				
		ただし	日	日	日	日	日は出勤				
	⑩ ⑨欄の期間 中入院した期間 があるとき	令和	年	月	日	から					
	令和	年	月	日	まで	9日間					
	医療機関の名称	〇〇〇産婦人科									
	医療機関の所在地	京都市中京区56-79									
⑪払渡しを希望 するところ(請求 者名義のものを 記載してくださ い)	京都	銀行	本店	普通	口座番号	12345678					
	信用金庫	支店	当座	貯蓄	口座名義人	カナ キョウセラ ハナコ					
				当座		京瀬良 花子					

委 任 欄	⑫上記出産手当金の受領を	住所 氏名 _____ に委任します。									事業所社会保険担当確認印
	銀行 本店	普通	口座番号								受付印
	信用金庫 支店	貯蓄	口座名義人	カナ							
	令和	年	月	日	請求者氏名 _____						

記号一番号	1 -	被保険者氏名	京瀬良 花子			
⑬産休開始日	令和 1年 1月 20日	備考				
事業主が証明する欄	⑭労務に服さなかつた日(該当する日を○で囲むこと)	1年 1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 計 12日			
		1年 2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 計 28日			
		1年 3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 計 31日			
		1年 4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 計 21日			
		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 計 日			
	⑮上記期間中に有給休暇の有無	有 ・ 無	⑯給料の形態	月給・日給月給・日給・歩合給・時間給・その他( )		
	⑰上記期間中に有給休暇があればその日額及び月日	日額		計 日		
	⑱上記の労務に服さなかつた期間中に支払った報酬額又は今後支払われる報酬額及び支給対象期間等	本給(基本給)	0 円	月 日～ 月 日	月(日)分	⑲給与の締切日
		通勤手当	0 円	月 日～ 月 日	月(日)分	毎月
			円	月 日～ 月 日	月(日)分	日
		円	月 日～ 月 日	月(日)分	⑳支払日	
		円	月 日～ 月 日	月(日)分	毎月	
自社株奨励金		100×4ヵ月 円	1月 16日～ 5月 15日	1・2・3・4月(日)分	日	
懇親会費		80×4ヵ月 円	1月 16日～ 5月 15日	1・2・3・4月(日)分		
現物	衣・食・住	円	月 日～ 月 日	月(日)分		
<事業主意見欄>						
⑳上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月		<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <b>事業主の証明</b> </div>				
事業 事業						
電話( ) -						

(注意事項)

○出勤簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服さなかつた日になります。  
 ○賃金台帳・給与明細等によって正しく記入して下さい。  
 ○一ヵ月を単位として支給される各種手当が労務に服さない期間も含めて支給されているときは、報酬の一部支給となりますので記入してください。

医師又は助産婦が記入する欄	⑳分娩予定年月日	令和 年 月 日	㉑分娩年月日	令和 年 月 日
	㉒健康保険で給付される入院期間	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <b>医師の証明</b> </div>		
	㉓生産・死産の別			
	㉔上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月		
医師助産婦名 (職名 )				
電話( ) -				

(注意事項)

○⑳及び㉑は該当文字を○印で囲んで下さい。  
 ○㉒は健康保険で入院したかどうかについてまちがいのないよう記入してください。