

この欄は何も記入しないでください

常務理事	事務長		担当者	摘要										
				円× $\frac{2}{3}$ × 日 =										
支給期間			支給回数	支給決定額										
自	年	月	日	回	目	万	千	百	十	円				
前	回	ま	で	の	支	給	期	間	自	年	月	日	標準報酬月額	千円
資	格	関	係	年	月	日	取得	喪失	標準報酬月額	千円	差額支給	108条該当		
				出産予定日	[.	.]	日間	日間	日間			

出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号と番号	記号 〇〇	番号 ××××	②被保険者の 氏名	西日本 花子							
	③被保険者の 現住所	〒578-×××× 東大阪市〇〇町×-×										
	④事業所の 名称	〇×化成株										
	⑤被保険者の 業務の種類	営業事務			⑥法人の役員ですか	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ						
	⑦分娩年月日	令和3年5月12日			⑧分娩予定年月日	令和3年5月15日						
	⑨請求区分	<input checked="" type="radio"/> 分娩後 分娩の予定			⑩単胎・多胎妊娠の別	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎						
	⑪請求期間 (分娩のため に休んだ 期間)	令和3年4月1日から 令和3年7月7日まで 98日間			⑫左の期間のうち出勤 した期間	年 月 日 年 月 日 0日間			⑬左の期間のうち有給 休暇をとった期間	年 月 日 年 月 日 0日間		
	⑭①の休んだ 期間に対して 給料を受けま したか	ア. 全部受けた エ. 一部受けた イ. 全部受けられる オ. 一部受けられる ウ. 受けられない			⑮給料の支払期間 と報酬額	年 月 日から 年 月 日まで 日分 0円						
	⑯入院して分 娩しましたか	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ										
	振 込 先	<input checked="" type="radio"/> 銀行・農協 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合	本店・支店 <input type="radio"/> 出張所 <input checked="" type="radio"/> 支所	預金種目 <input checked="" type="radio"/> 普通	口座番号 1 1 1 1 1 1	口座名義 (フリガナ) (フリガナ) ニシニホン ハナコ 西日本 花子						
委 任 状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____											

記入漏れが多い箇所と
なっております。

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	① 分娩のために労務に服さな かった期間 (公休日も含む)	令和3年4月1日から 令和3年7月7日まで 98日間					
	② 上記①の期間の うち出勤した期間	年 月 日から 年 月 日まで 0日間	③ 上記①の期間のうち 有給休暇をとった期間	年 月 日から 年 月 日まで 0日間			
	④ 上記①の休んだ 期間に対して給料 を支給しましたか	ア. 全部支給した イ. 全部支給する <input checked="" type="radio"/> ウ. 支給しない		エ. 一部支給した オ. 一部支給する			
	⑤ 給与の締切日・支払日	締日 20日締め	支払日 25日支払い				
	⑥ 報酬の支給形態	ア. 月給 <input checked="" type="radio"/> 日給月給 ウ. 日給 エ. 時間給 オ. その他 ()					
	⑦ 欠勤した場合の 報酬の計算方法	基本給 ア. 控除しない <input checked="" type="radio"/> 控除する (欠勤1日につき 200,000÷22.5×欠勤日数) 諸手当 ア. 控除しない <input checked="" type="radio"/> 控除する (欠勤1日につき 30,000÷22.5×欠勤日数) その他 ()					
	⑧ 上記①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	基本給	役付手当	家族手当	住宅手当	通勤手当	
	欠勤しなかった場合の 1か月の給与額	200,000円	円	10,000円	10,000円	10,000円	円 円
	4月分	66,666円	円	3,333円	3,333円	3,333円	円 円
	5月分	0円	円	0円	0円	0円	円 円
6月分	0円	円	0円	0円	0円	円 円	
7月分	0円	円	0円	0円	0円	円 円	
月分	円	円	円	円	円	円 円	
上記のとおり相違ありません。 令和3年7月25日 事業所の所在地 大阪市西区〇-〇-〇 名称 〇×化成株 事業主の氏名 健保 太郎							連絡先 Tel 06-〇〇〇〇-××××
							担当者名 健康

医 師 又 は 助 産 婦 が 記 入 す る と こ ろ	⑨ 分娩年月日	令和3年5月12日					
	⑩ 分娩予定年月日	令和3年5月15日					
	⑪ 生産・死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 死産 (妊娠第 週又は第 月)					
	⑫ 単胎・多胎妊娠の別	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 (児)					
	上記のとおり相違ありません。 令和3年5月20日 医療機関等の所在地 大阪府東大阪市〇〇町×-××	医療機関等の名称 〇〇産婦人科 電話番号 072(×××)××××					
医師又は助産婦の氏名・印 日本 一郎							