

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	標準報酬月額		千円				
支	給	期	間	自	年	月	日	/ ~ /		日間
資	格	関	係	年	月	日	取	得	喪	失
				出産予定日 [. .]		/ ~ /		日間		
						/ ~ /		日間		
						108条該当		差額支給		

出産手当金請求書 (第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号と番号	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×-×					Tel 072-×××-△△△△
	④事業所の名称	〇×化成㈱					
	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		
	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		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		
		イ. 全部受けられる オ. 一部受けられる ウ. 受けられない					
	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 checked="" type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 支所	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)		
		普通	当座	1 1 1 1 1 1	(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					給日	

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	
	実際の給与	4月分	3/21~4/20	/ ~ /	3/21~4/20	3/21~4/20	3/21~4/20	/ ~ / / ~ /
			66,666円	円	3,333円	3,333円	3,333円	円 円
5月分		4/21~5/20	/ ~ /	4/21~5/20	4/21~5/20	4/21~5/20	/ ~ / / ~ /	
		0円	円	0円	0円	0円	円 円	
6月分		5/21~6/20	/ ~ /	5/21~6/20	5/21~6/20	5/21~6/20	/ ~ / / ~ /	
		0円	円	0円	0円	0円	円 円	
7月分		6/21~7/20	/ ~ /	6/21~7/20	6/21~7/20	6/21~7/20	/ ~ / / ~ /	
	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						連絡先 Tel 06-〇〇〇〇-××××		
名称 〇×化成㈱ 事業主の氏名 健保 太郎						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					

