

この欄は何も記入しないでください

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------|-----|---|------|-------------------------|-------|---|---|----|----------------|---|---|
| 本件支給決定してよろしいか | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 | 摘要 | | | | | | | |
| | | | | | 円 × $\frac{2}{3}$ × 日 = | | | | | | | |
| | 支給期間 | | | 支給日数 | 支給回数 | 支給決定額 | | | | | | |
| | 自 | 年 | 月 | 日 | 回 | | | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | 至 | 年 | 月 | 日 | 日 | 目 | | | | | | |
| 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 | 備考 | ／ | ～ | ／ | 日間 | 差額支給 108条該当 | | |
| | 年 | 月 | 日 | 喪失 | 出産予定日 | [| . | . |] | | | |

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 | 番号 | ②被保険者の氏名 | | | | |
| | ③被保険者の現住所 | 〒 | | | | | | |
| | ④事業所の名称 | TEL | | | | | | |
| | ⑤被保険者の業務の種類 | | | | ⑥法人の役員ですか | はい いいえ | | |
| | ⑦分娩年月日 | 年 | 月 | 日 | ⑧分娩予定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑨請求区分 | 分娩後 | 分娩の予定 | ⑩単胎・多胎妊娠の別 | 単胎 多胎 | | | |
| | ⑪請求期間 (分娩のために休んだ期間) | 年 | 月 | 日から | ⑫左の期間のうち出勤した期間 | 年 | 月 | 日 日間 |
| | | 年 | 月 | 日まで 日間 | ⑬左の期間のうち有給休暇をとった期間 | 年 | 月 | 日 日間 |
| | ⑭⑪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 | 日分 円 |
| | ⑯入院して分娩しましたか | はい いいえ | | | | | | |
| | 振込先 | 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 本店・支店 出張所 支所 | 預金種目 | 口座番号 | 口座名義 (フリガナ) | | |
| | | 普通 当座 | | | (フリガナ) | | | |
| 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。 平成 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊦ | | | | | | 支給日 | |

※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 2021.07 改

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|------|------------------------|------|-------------|--------------------------------|----|--------|
| 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) | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 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 | 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 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 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 | | 日締め | | 支払日 日支払い | | | |
| | ⑥ 報酬の支給形態 | ア. 月給 イ. 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 イ. 控除する (欠勤1日につき) 諸手当 ア. 控除しない イ. 控除する (欠勤1日につき) 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 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | 実際の給与 | 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| | | 月分 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | |
| 月分 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 月分 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 月分 | | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | | |
| 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 事業所の所在地 _____ 名称 _____ 事業主の氏名 _____ | | | | | | | 連絡先 TEL _____ 担当者名 _____ | | |

| | | | | |
|-----------------|---|--------------------|---|---|
| 医師又は助産婦が記入するところ | ⑨ 分娩年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑩ 分娩予定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑪ 生産・死産の別 | 生産 死産 (妊娠第 週又は第 月) | | |
| | ⑫ 単胎・多胎妊娠の別 | 単胎 多胎 (児) | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 () 電話番号 () 医師又は助産婦の氏名・印 ㊦ | | | |

記入するときの注意事項(添付書類を含む)

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
- 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
- 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。

被保険者が記入するところ

- ①②欄 健康保険被保険者証に記載されている記号番号と被保険者の氏名を記入してください。
- ③欄 必ず郵便番号から記入してください。
- ④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
- ⑤欄 被保険者の業務について具体的に（経理事務、成形工等）記入してください。
すでに退職している場合は、退職の直前の業務を記入してください。
- ⑥欄 どちらかに○をつけてください。
- ⑦欄 分娩した日を記入してください。
分娩前の請求の場合は空欄のままです。
- ⑧欄 分娩予定日を記入してください。
- ⑨欄 どちらかに○をつけてください。日数は間違いのないように記入してください。
- ⑩欄 どちらかに○をつけてください。
- ⑪欄 日数は間違いのないように記入してください。
- ⑫⑬欄 日数は間違いのないように記入してください。
- ⑭⑮欄 ア～オのうち該当するものに○をつけてください。
ア、イ、エ、オに○をした場合は給料を受けた期間と金額を記入してください。
- ⑯欄 どちらかに○をつけてください。
- 振込先 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は委任状欄は空欄のままです。
- 委任状 代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・捺印してください。

◎被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、請求書の余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための身分証などの添付書類が必要です。)

事業主が証明するところ

- ①欄 労務に服さなかった期間を有給、公休も含めて記入してください。
- ②③欄 ①の期間の出勤、欠勤状況について出勤簿等に基づいて記入してください。
- ④欄 ①の期間の給与について記入してください。
- ⑤⑥欄 被保険者の報酬形態について記入してください。
- ⑦欄 欠勤した場合の報酬の計算方法について具体的に記入してください。
- ⑧欄 「欠勤しなかった場合の1か月の給与額」について
日給制、時給制の場合は、基本給の欄に㊦△△円、㊧××円と記入してください。
「実際の給与」欄について
各月の給与の締切ごとに記入してください。
- ◎ 該当期間の出勤簿・タイムカードの写し、給与明細の写しを添付してください。
- ◎ すでに退職している場合は、退職日後に係る証明は必要ありません。
- ◎ 問い合わせは「連絡先」欄に記入されたご担当者様に行いますので、必ず記入してください。

医師・助産婦が記入するところ

分娩した医療機関の担当の医師に記入してもらってください。