

出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

☆記入の際は、「記入上の注意」を参考に誤りのないように記入してください。

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者(請求者)の氏名	フリガナ	③ 請求区分(該当に○)	分娩前後 分娩前 分娩後
	④ 被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日	⑤ 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑥ 被保険者(請求者)の住所	〒		⑦ 勤務先 事業所 名称	TEL () -	
	⑧ 分娩予定年月日	令和	年 月 日	⑨ 分娩年月日	令和	年 月 日
	⑩ 分娩のため仕事を休んだ期間(請求期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間				
	⑪ 上記⑩期間内の報酬について(該当に○)	1. 受けられる 又は 受けた 2. 受けられない		⑫ 報酬を受けた場合の期間と報酬額	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで分として 円	
	⑬ 振込指定	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 出張所	普通・当座・その他() 口座番号【 口座名義【(カナで記入)※振込は被保険者名義の口座に限ります。		
	⑭ 備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入ください。(その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります。)				

医 師 ま た は 助 産 師 の 意 見 欄	分娩予定年月日	令和 年 月 日	正常分娩または異常分娩の別	正常 ・ 異常	
	分娩年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産 ・ 死産	
	入院している場合	入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	出 産 児 数	単児 多児 (児)
		上記期間の内 健保入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関(助産院)の所在地 名称 医師(助産師)の氏名 TEL () -					

事 業 主 が 証 明 す る 欄	① 労務に服 さなかつた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	給料 締切日 給料 支払日	日締 日払	左の期間中の 報酬について	支給した ・ 一部支給した 支給する ・ 一部支給する 支給しない																													
	② 上の期間中の就労状況を(欠勤は○)、(公休は●)、(出勤は×)、(有給は△)印で該当日に表示してください。																																		
	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	出勤	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	出勤	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	出勤	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	出勤	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	出勤	日
	③ ①の期間中における報酬の支給状況を記入してください。(支払のない場合は'0'を記入してください。)																																		
	年月分	報酬の 計算期間	報酬の区分 とその 単価 報酬の 支給額	基本給	諸 手 当				総支給額																										
	年 月	日から 月 日まで	(日額×日数) 実支給額	円	通勤手当	家族手当	住宅手当	手当	円																										
年 月	日から 月 日まで	(日額×日数) 実支給額	円	円	円	円	円	円																											
年 月	日から 月 日まで	(日額×日数) 実支給額	円	円	円	円	円	円																											
年 月	日から 月 日まで	(日額×日数) 実支給額	円	円	円	円	円	円																											
年 月	日から 月 日まで	(日額×日数) 実支給額	円	円	円	円	円	円																											
給与の種類を○で囲んでください。				月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給 ・ 歩合給 ・																															
欠勤した場合の支給方法について該当するものに○印をつけてください。				ア.基本給及び諸手当とも控除(一部)する。 イ.基本給は全額支給し、諸手当を控除(一部)する。 ウ.基本給のみ控除(一部)し、諸手当を全額支給する。 エ.その他(理由)																															
上記のとおり相違ないことを証明します。				事業所の所在地 令和 年 月 日 (担当者) 名 称 TEL () - 事業主の氏名																															

【添付書類】

出勤簿(写)・賃金台帳(写)

※請求期間に含まれる給与計算期間分の前月分からの出勤簿(写)・賃金台帳(写)を添付してください。

※給与計算期間の途中で休み始めた、又は出勤し始めた為、給与が日割りで計算されている場合は、賃金台帳(写)の余白部分に、根拠となる計算式を記入してください。

※「療養を担当した医師の意見欄」「事業主が証明する欄」について:ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
〒540-0019 大阪市中央区和泉町2-1-11 大阪府建築健康保険組合 業務課 TEL06-6942-3624