

出産手当金請求書 (第 回)

支給金額	円		
被保険者の 記号・番号	3 — 1234	生年月日	1990年 9月 13日
被保険者 (請求者)の 氏名と印	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	事業所 の名称	曙ブレーキ工業株式会社
被保険者 (請求者)の 住 所	(フリガナ) サイタマケンニウシカシ 〒 348 - 8501 埼玉県羽生市東5-8-3	電話番号	048 (561) 3575
被保険者の資格 を取得した日	2012年 3月 22日	被保険者の 標準報酬月額	千円
① 分 べ ん (予定)の日	2018年 10月 28日	左記の①分べん日は 実分べんですか、 又は予定分べんですか	1. 実分べん(分べん予定日) 年 月 日 2. 予定分べん
② 分 べ ん の た め 休 ん だ 期 間 (支給期間)	2018年 9月 17日 から 2018年 12月 23日 まで		98 日間
上の②に書いた期間の 部分の報酬を受けました か、又は受けられますか	受けた・受けない 受けられる・受けられない	報酬の 又は受け 報酬の額 基礎となつた(なる)期間	平成 年 月 日 から 日 まで 円
分 べ ん 入 院 し た と き は その旨	上記の②休んだ期間のうち健康保険 又は公費で入院した期間	2018年 10月 28日 から 2018年 10月 30日 まで	3 日間
	上記②の休んだ期間のうち 自費で入院した期間	自 2018年 10月 31日 至 2018年 11月 1日	日数 2 日間
	病院名	産婦人科 けんぽ病院	病 院 の 地 所 在 地
被扶養者がいる ときは、その者の	氏名	生年月日	被保険者との続柄
備考			

事業主が記入する ところ	労務に服 さなかつた 期間	出勤は ○ 欠席は × 有給は ◎	9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		
	月 日		10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		
	月 日			×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	月 日			×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	月 日				×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	日 間				×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	◎	◎	×	×	×	◎	◎	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
う え の 期 間 の 賃 金 支 給 状 況 お よ び 計 算 内 訳 (賃金の支給が全 然ない場合は、0と 記入して下さい。)	計算期間	区分	9月 7日 から 9月 30日 まで	の 分	10月 1日 から 10月 31日 まで	の 分	11月 1日 から 11月 30日 まで	の 分	12月 1日 から 12月 23日 まで	の 分	年 月 分	賃金形態	月給 (月額)	円	日給 (日額)	円	週給 (週額)	円	その他	円																
		基本給		円		円		円		円																										
		手当		円		円		円		円																										
		手当		円		円		円		円																										
		手当		円		円		円		円																										
		手当		円		円		円		円																										
		合計		0円		0円		0円		0円																										

事業主 が証明 する ところ	休んだ期間中 の分として、報 酬を全額又は 一部支給した場 合又は支給す る場合	(自) 年 月 日 (至) 年 月 日	日間	円	月 日 支払 日額 円
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 事業所で証明をしてもらう </div>					
上記のとおり相違ないことを証明します。					
2019年 1月 8日 事業所所在地 埼玉県羽生市東5-4-71					
名称 曙ブレーキ工業株式会社					
事業主氏名 代表取締役社長 曙 一郎					

医師または 助産師が 意見を 書く ところ	分 べ ん 年 月 日	2018 年 10月 28日	分べん予定年月日	2018 年 10月 28日
	正 常 分 べ ん 又 は 異 常 分 べ ん の 別	正 常 ・ 異 常	出 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 月 月)
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		
	分 べ ん の た と き は	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 医師または助産師に証明をもらう </div>		
	入院した期間 除を適用した	上記のとおり相違ありません。		
		2018年 11月 4日	住所	埼玉県羽生市南00-00
		職名(医師)	氏名	産婦人科 けんぽ病院 理事長 〇〇 〇〇

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記「委任状」を記入)
※申請者が退職者の方は、公金受取口座を選択できません。個人振込へご記入をお願いします。

個人 振込	振込希望の銀行 又は郵便局名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 退職者のみ記入 </div>		当座
----------	-------------------	--	--	----

委 任 状	本請求にもとづく給付金に関する権限を代理人に委任します。
	2019年 1月 8日
	被保険者の 住所 埼玉県羽生市東5-8-3
	氏名 健保 花子
	代理人の 住所 埼玉県羽生市東5-4-71
	氏名 曙ブレーキ工業株式会社 代表取締役 曙 一郎
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 事業所で証明をもらう </div>