（健保記入欄）

支払年月日	令和　年　月　日		常務理事	事務長	課長	係
支給額						
決定標準報酬月額	円					
支給期間	令和　年　月　日	資格取得日	平成・令和　年　月　日			
	令和　年　月　日　日間	資格喪失日	令和　年　月　日			
分娩日	令和　年　月　日	備考				

出産手当金請求書

令和　年　月　日請求

被保険者が記入するところ	被保険者証等の記号番号	記号	被保険者の氏名 生年月日	
		番号		昭和・平成　年　月　日
	被保険者の現住所	〒　―　TEL		
	事業所名 所在地			
	分娩年月日	令和　年　月　日	分娩予定年月日	令和　年　月　日
	出生児の数	□ 単胎　□ 多胎（　児）		
	分娩のために休んだ期間(請求期間)	自 令和　年　月　日から		
		至 令和　年　月　日まで	日数　日	
	請求期間分の報酬（賃金手当）を受けましたか、又は受けませんでしたか	□ 受けた　□ 受けていない		

注）本請求によって、「赤ちゃんと!」の育児誌を3年間お送りします。発送のため赤ちゃんとママ社にあなたの住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。　□ 拒否

注）1. 銀行振込となりますので、下記「振込を希望する銀行」の欄に記入してください。
2. 口座番号が６桁以下の場合は、先頭に「0(ゼロ)」を付けて７桁で記入してください。

振込を希望する銀行	金融機関(銀行)コード		銀行名	
	店番号		支店名	
	預金種目	普通	口座番号	
	口座名義	カタカナ（必ず記入）		
		漢字		

備考	・被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス（□）」にチェックを入れてください。 □本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合　☑） ・「公金受取口座登録制度」を利用する場合は、本申請の前に口座登録の手続きを行い、下記に☑を入れてください。（上記口座欄の記入不要） □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。

オリンパス健康保険組合

医師又は助産師の証明	分娩年月日	令和　年　月　日	分娩予定年月日	令和　年　月　日
	分娩の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　ヶ月　週）
	出生児の数	単胎・多胎（　児）	入院費の別	健康保険 自費 公費　その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日			
	医師又は助産師の	住所		
		施設名		
		氏名	TEL　―　―	

事業主の証明するところ	労務に服さなかった期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日まで　日間																													
	出勤状況	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「／」でそれぞれ表示してください。																													
		対象年月	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
		令和　年　月																															
		令和　年　月																															
		令和　年　月																															
		令和　年　月																															
		令和　年　月																															
	賃金支給	支給なし期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日（　日間）																														
		支給しない理由																															
		従業員区分																															
		賃金の支給形態	月給　/　日給（日給月給を含む）　/　時給（　）円																														
	全部又は一部を支給した場合		賃金の計算期間	月　日～月　日			月　日～月　日			月　日～月　日			月　日～月　日			月　日～月　日																
		賃金の種別	正常勤務時の報酬																														
		月給（基本給）	円																														
		日給(日給月給)/時給	円	円			円			円			円			円																
		通勤手当	円	円			円			円			円			円																
		住宅手当	円	円			円			円			円			円																
		在宅勤務手当	円	円			円			円			円			円																
		次世代手当	円	円			円			円			円			円																
		超過勤務手当	円	円			円			円			円			円																
			円	円			円			円			円			円																
			円	円			円			円			円			円																
		欠勤減額	円	円			円			円			円			円																
		総支給額	円	円			円			円			円			円																
	上記記載担当者（事業所社保担当者氏名）																														
	上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日 所在地 名称 代表者氏名																														

※ 受付印

注）各欄とも記入した内容を訂正するときは、二重線と訂正印で訂正してください。

R6. 12