

(健保記入欄)										
支払年月日	令和	年	月	日	資格取得日	常務理事	事務長	課長	係	
支給額						資格喪失日				
決定標準報酬月額	円						年	月	日	
支給期間	年	月	日	日間	年	月	日			
分べんの日	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	被保険者証の記号番号	記号			被保険者の氏名						
		番号			生年月日						
	被保険者の現住所	〒 ー TEL									
	事業所名所在地	(内線 )									
	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	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)									
	分娩のため休んだ期間 (請求期間)	自	令和	年	月	日	から	日数			日
		至	令和	年	月	日	まで				
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					<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない						
注) 本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈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。 <input type="checkbox"/> 拒否											

注) 銀行振込となりますので、「振込を希望する銀行の欄」に記入してください。

振込を希望する銀行	銀行コード			銀行名		
	店番号			支店名		
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	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。				
	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> )				

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 ヵ月 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									
	住所				TEL ー ー					
	医師又は助産師の氏名									

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																																
	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	賃金の種別	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	月 日 ~ 月 日	月 日 ~ 月 日																							
	月給	正常勤務時の報酬		円	円	円	円	円	円	円																							
	日給			円	円	円	円	円	円	円																							
	通勤手当			円	円	円	円	円	円	円																							
	食事手当			円	円	円	円	円	円	円																							
	住宅手当			円	円	円	円	円	円	円																							
	手当			円	円	円	円	円	円	円																							
	欠勤減額			円	円	円	円	円	円	円																							
総支給額			円	円	円	円	円	円	円																								
上記記載担当者	内線																																
(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 訂正印ではっきり訂正してください。