

(健保記入欄)				常務理事	事務長	課長	係
支払年月日	令和	年	月	日			
支給額	必ずA3用紙で印刷してください						
決定標準報酬月額							
支給期間	年	月	日	資格取得日	年	月	日
	年	月	日	資格喪失日	年	月	日
分べんの日	年	月	日	備考			

### 出産手当金請求書

令和2年1月6日 請求

被保険者証の 記号番号	記号	11	被保険者の 氏名	光学 花子
	番号	23456	生年月日	昭和63年8月8日
被保険者の 現住所	〒 151 - 7890 TEL 03-1234-5678		東京都渋谷区幡ヶ谷 1 2 3 4	
事業所名 所在地	オリンパス株式会社		東京都新宿区西新宿2-3-1 (750-3456)	
分娩年月日	令和 1 年 10 月 26 日	分娩予定年月日	令和 1 年 10 月 24 日	
出生児の数	<input checked="" 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 1 年 12 月 8 日	から	日数 14	報酬の一部でも受けた場合は、『受けた』にチェックして下さい。また、それらの証明は事業主により右欄に記入されます。
	至 令和 1 年 12 月 21 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 checked="" type="checkbox"/> 受けなかった			
注) 本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3冊お送りします。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育児誌「赤ちゃん和妈妈」の送付が不要の場合にチェックして下さい。なお、退職後の出産で、出産時に拒否				

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				
振込を希望する銀行	銀行コード	0009	銀行名	〇〇〇銀行
	店番号	123	支店名	△△△支店
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1234567
	口座名義	カタカナ (必ず記入)	コウガク ハナコ	
		漢字	光学 花子	

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 <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 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。			
	住 氏	「医師・助産師」の証明をもらってください。		月 日

労務に服さなかった期間	令和 1 年 9 月 14 日 ~ 令和 1 年 12 月 20 日まで 98 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 1 年 9 月	公	○	○	○	○	○	公	公	○	○	○	○	公	公	公	△	△	△	△	公	公	公	△	△	△	△	公	公	△	△	△	-
	令和 1 年 10 月	△	△	△	△	公	公	△	△	△	△	△	公	公	公	△	△	△	△	公	公	△	△	△	△	△	公	公	△	△	△	△	
	令和 1 年 11 月	△	公	公	公	△	△	△	△	公	公	△	△	△	△	公	公	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
令和 1 年 12 月	公	△	△	△	△	△	公	公	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	/	公	公	/	/	/	/	公	公	公	公	公		
令和 年 月																																	
事業主証明	支給なし期間	令和 1 年 12 月 8 日 ~ 令和 1 年 12 月 20 日 ( 14 日間 )																															
	支給しない理由	就業規則第25条により産後6週間を超える部分は無給																															
	従業員区分	正社員																															
	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	正常	賃金の計算期間	12月 1日 ~	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~																									
	月給																																
	日給																																
	通勤手当																																
	食事手当																																
	住宅手当	8,700 円	8,700 円																														
	手当																																
	欠勤減額		246,525 円																														
	総支給額	328,700 円	82,175 円																														
	上記記載担当者	東京 桃子		内線	750-1234																												
(事業所社担当氏名)																																	
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																																	

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。

※ 受付印
-------