

支給決定伺	支給額	円	常務理事	事務長	係長	担当
	算出基礎	円				
	支給期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	標準報酬月額	千円	前資格取得・喪失日 (-)
	備考			資格取得	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
				資格喪失	平 成 年 月 日	昭・平 年 月 日

健康保険出産手当金請求書 (第 回目)

その1

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

記入するときは、裏面の注意事項をよく読んで誤りのないようにして下さい。

この欄の訂正は被保険者の印

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	-		事業所 の名称			
	被保険者の 氏名・印			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月 日
	被保険者の 住所・電話番号	〒		電話 ()			
	分娩前 分娩後の別			分娩前に請求するときは分娩予定年月日 分娩後に請求するときは分娩のあった年月日	平成 年 月 日		
	請求期間 (分娩のため 休んだ期間)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日間	の期間に 対して給料を 受けたかどうか	イ、全部受けた ロ、一部受けた ハ、全部受けられる ニ、一部受けられる ホ、受けられない	自 年 月 日 至 年 月 日	日分 円
	出生児の	氏 名		生 年 月 日 平成 年 月 日			
	振込先 金融機関	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段 預金口座番号	預金口座名義人の氏名 刀方		

この欄の訂正は医師又は助産師の印

医師又は助産師の証明するところ	分娩年月日 { 分娩予定年月日欄についても 必ず記入して下さい }	分娩予定年月日	生産・死産の別	単胎・多胎妊娠の別
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	ア、生産 イ、死産(妊娠第 週又は第 月)	ア、単胎 イ、多胎(児)
	うえのとおり相違ありません 平成 年 月 日 医療機関等の所在地 (職名) 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名 電話番号 ()			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日 被保険者の 住所 氏名		
	代理人の氏名・印	被保険者との関係	代理人の住所・電話番号等
	(印)	〒	電話 ()

出産手当金事業主証明欄

その2

当用紙(その2)については、その1と切り離して使用していただいても差し支えありません。

この欄の訂正は事業主の印

被保険者証の 記号・番号	-	被保険者 の氏名		被保険者の 業務の種類					
労務に服さな かった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	ただし 日間	ただし	は出勤のため除く は有給休暇					
の期間に対する 報酬を支給して いるかどうか	イ、全額支給した ハ、全額支給する ホ、支給しない	ロ、一部支給した ニ、一部支給する							
報酬の支給形態	報酬の締切日・支払日 (締切日) (支払日)		欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)						
ア、月給制 ウ、日給制 オ、その他()	イ、日給月給制 エ、時間給制		・基本給は ア、控除しない イ、控除する () ・請手当は ア、控除しない イ、控除する () その他 ()						
⑳ の期間中における報酬(今後支払予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入して下さい									
	基本給	家族手当	役付手当	通勤手当	手当	手当			
欠勤しなかった場合の 1ヶ月の報酬支払額	円	円	円	円	円	円			
実際の報酬支払額	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	月分	年 月 日から 年 月 日まで	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	㉑ 備考								
㉒ うえのとおり相違ありません。 平成 年 月 日 事業所の所在地 事業所の名称 事業主氏名・印						(印)			

記入するときの注意事項

- ・ 記入するときは、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・ 記入もれのないよう注意して下さい。
- ・ 支給決定に際し、別途必要書類等の提出をお願いする場合があります。

(被保険者が記入するところ)

- ・ 欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入して下さい。
- ・ 欄 印鑑は、はっきりと押して下さい。ただし、被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。
- ・ 欄 郵便物が確実に届くよう、「 方」「 アパート」等まで記入して下さい。
- ・ 欄 分娩の日(分娩の日が分娩予定日より後であるときは分娩予定日)以前42日(多胎分娩の場合は98日)、分娩の日後56日の範囲で、労務に服さなかった期間を記入して下さい。(分娩の日又は分娩予定日は、産前の期間(42日又は98日)に含みます。)
通算日数は間違いのないようによく確かめて記入して下さい。
- ・ 欄 イ～ホのうち、該当するものを で囲んで下さい。イ・ロ・ハ・ニのいずれかを で囲んだときは、給料を受けた期間と金額を記入して下さい。

(被保険者又は受取代理人が記入するところ)

- ・ 欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、口座預金種別(該当するものを で囲んで下さい)、預金口座番号、預金口座名義人の氏名を記入して下さい。
ただし、被保険者名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ・ 欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者(申請者)及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入し、押印して下さい。
(この欄の被保険者及び受取代理人の押印は省略することができません。)

(医師又は助産師が証明するところ)

- ・ あなたの出産に立ち会った医師又は助産師に記入してもらって下さい。
医師又は助産師の証明書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したものを)添付して下さい。

「事業主が証明するところ」欄については、健康保険法施行規則により労務不能期間及び受けることができなかった報酬の額と期間等に関する事業主の証明書を添付しなければならない、また、請求書に相当の記載を受けたときは証明書の添付は要しないものとする、と定められておりますので、当組合におきましては、業務の円滑な処理を行うため出産手当金請求書にその記載欄を設けております。

ただし、事業主証明欄を別用紙とした出産手当金請求書も備えつけてありますので、必要な場合は当組合に申し出て下さい。

記入するときの注意事項

- ・ 記入するときは、鉛筆は使用しないで下さい。
- ・ 記入もれのないよう注意して下さい。
- ・ 支給決定に際し、別途必要書類等の提出をお願いする場合があります。
- ・ あなたが勤務している事業所の事業主に記入してもらって下さい。
既に退職している場合は、退職日後にかかる証明は必要ありません。

〈事業主が証明するところ〉

- ・ 欄 出勤簿等に基づいて厳正に記入して下さい。
期間中に、出勤した日や有給休暇の日があれば、「ただし」欄にその日付を記入して下さい。
- ・ 欄 イ～ホのうち該当するものを で囲んで下さい。
- ・ 欄 欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)について、該当するものを全て で囲み、必要に応じ具体的な控除計算方法を記入して下さい。
- ・ ⑳欄 労務に服さなかった期間にかかる給料の支払状況等について、次により記入して下さい。
 - 1 家族・役付・通勤の他に、月を単位として諸手当が支給されている場合は、空欄にその名称を記入して下さい。ただし、超過勤務にかかる手当は除いて下さい。
 - 2 「欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額」欄について
 - (1) 日給制の場合は、基本給の欄に「@」と表示し、日額を記入して下さい。
 - (2) 通勤手当が数ヶ月分まとめて支払われるような場合は、通勤手当の欄に支払月・対象期間・支払額を記入して下さい。
 - 3 「実際の報酬支払額」欄について
 - (1) 各月の給料の締切ごとに区分して下さい。
 - (2) 金額は、当該期間に実際に支払った給料の額を記入して下さい。
 - (3) 「 / ~ / 」は、欠勤控除をした場合などに、実際に支払った給料の支払対象とした期間を記入して下さい。
- ・ ㉑欄 記載内容について、事業主の証明を行って下さい。
法人事業所の場合は、法人印と代表者印を押して下さい。

以上の内容でわからないことがありましたら、当健康保険組合へおたずね下さい。