

健康保険 出産手当金請求書

2019年 5月 10日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者 記号番号	記号 1	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	番号	4321		260701									
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ クミアイ カズコ						被保険者 (請求者) 住 所	〒 151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷2-2-2				
	生年月日	昭和 ・平成 57 年 6 月 1 日						電話	03 (8765) 4321				
	事業所名 及び電話	デル株式会社 0000							社員番号	654321			
	出産年月日	令和	年	月	日	出産予定 年 月 日	令和	年	月	日			
			01	05	01			01	05	01			
	出産のため 休んだ期間	令和 4 年 3 月 21 日	から				98 日間						
		令和 4 年 6 月 26 日	まで										
	①うえに書いた期間の部分の報酬(賃金)を 受けましたか、又は受けられますか	現在まで	受けた	受けない	将 来	受けられる	受けられない						
②報酬支払を受けたとき(受けられる)とき は、その報酬の額と、その報酬支払の基礎 となった(なる)期間	令和	年	月	日から	の分として							円	
	令和	年	月	日まで									

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	2019年 5月 10日
	被保険者 (請求者)	組合 一子

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合は、ご記入ください。		
	銀行 金庫	本店 支店	
	支店番号	普通 当座	口座番号
	フリガナ		
名義人			

※ 健 保 使 用 欄	□12月間以上		□12月間未満			
	被 保 険 者	平均標準 報酬月額	千円	健 保 組 合	平均標準 報酬月額	千円
		1/30相当額	円		1/30相当額	円
	支 給 日 額	()円×2/3		支 給 日 数	日間	
支 給 額	()円×()日間=()円					
	円					

受付日付印

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間 給与の締日 及び 支払日 日締 日払
	①全額支給した場合又は支給する場合	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	の分の報酬を 円
	②一部支給した場合又は支給する場合	令和 令和	報酬を 円
	③現在まで又は将来も支給しない場合は、その旨	令和 令和 年 月 日まで	の分の報酬は、現在までも将来も支給しません。
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 事業主 名称 氏名 電話			

※労務に服さなかった期間の出勤簿、賃金台帳の写しを添付してください。

医師又は助産師が証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日
	正常出産又は異常出産の別	正常・異常	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
	出生児の数	単胎・多胎(児)		
	入院して出産したときは、その期間	令和 年 月 日から 令和	・公費 ・その他	
上記のとおり相違ないことを証明するところ		月 日		
所在地 職名() 名称 氏名 電話				