

出産手当金支給決定伺

このわく内は記入しないで下さい。

資格表	年月日	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
前回までの支給期間	自年月日 至年月日	計				
健康保険法第108条適用	自年月日 至年月日	標準報酬月額	計算基礎			
		金額	分後			

健康保険出産手当金請求書 ① 第1回

この住所に、支払通知書を送付しますので、正確に記入して下さい。
アパートは「棟・号」までを、同居のときは、「〇・〇方」と記入して下さい。

② 被保険者証の記号番号	287	③ 被保険者の氏名と印	フリガナ 岐草花子
④ 被保険者の住所	〒500-8853 岐阜市西問屋町11 TEL 058261-0001		
⑤ 被保険者の勤務する事務所の名称	岐阜繊維株式会社		
⑥ 被保険者の資格を取得した年月日	5年4月1日	⑦ 被保険者の標準報酬月額	160千円
⑧ 分娩年月日	15年4月15日	⑨ 分娩予定日	15年4月18日
⑩ 分娩のため休んだ期間(支給期間)	15年3月5日から15年6月10日まで 98日間		
⑪ うえの⑩に書いた期間の部分的報酬を受けましたか、又は受けられますか。	受けた・受けない	⑫ 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支払基礎となった(なる)期間	年月日から 年月日まで
⑬ 入院したとき	⑭ 病院又は産院名	⑮ 入院した期間	⑯ 病院又は産院の所在地
	伊藤産婦人科	15年4月15日から15年4月21日まで 7日間	岐阜市長住町1-10
⑰ 上記⑬の入院した期間のうち健康保険で入院した期間	年月日から 年月日まで		
⑱ 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	平成 年月日	被保険者住所	岐阜市西問屋町11
代理人の氏名と印	(フリガナ)	氏名	伊藤一夫
代理人の住所	郵便番号	(フリガナ)	
フリガナ		口座番号	01204156
口座名義人氏名	岐草花子	口座名義人氏名	岐草花子

分娩の日(分娩の日が分娩予定日より遅れた場合においては、分娩予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては、98日)日から分娩の日後56日目までの間に労務に服さなかった期間が対象となります。
なお、分娩当日は、分娩の日以前の期間に含まれます。

給付金の受領を、代理人に委任しないときは、記入しないで下さい。

③欄に記入した請求者と同じかどうか、確認して下さい。代理人に委任している場合は、代理人の氏名となります。

あなた、又は代理人(受任者)の銀行口座を、預金通帳を見て、正確に記入して下さい。

⑩欄の期間中に、報酬の支払を受けたときは、その額と期間を記入して下さい。

実際に支給した給料ではなく本来支給すべき額を記入して下さい。

出産のため仕事を休んだ期間を記入して下さい。

① 労務に服さなかった期間	15年3月5日から15年6月10日まで 98日間
② 就業状況(欠勤...欠 出勤...出 有給...有 公休...公 早退...早 と該当日に表示)	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
③ 1か月分の基本給・諸手当の額	基本給・諸手当の支給状況(給料の締切単位に記入)
2月21日 3月21日 4月21日 5月21日	2月20日 4月20日 5月20日 6月20日
基本給 150000円	72000円 0円 0円 42000円
住宅手当 有(1か月) 円	円 円 円 円
通勤手当 無(1か月) 10000円	4800円 0円 0円 2800円
家族手当 有(1か月) 円	円 円 円 円
手当(1か月) 円	円 円 円 円
合計(1か月、60000円)	76800円 0円 0円 44800円
④ 給料締切日	20日
⑤ 基本給・諸手当の計算方法	基本給 通勤手当は月額を25日で割る金額を控除した。
⑥ 上記のとおり相違ないことを証明します。	平成15年6月25日 事業所の所在地 岐阜市西問屋町11 名称 岐阜繊維株式会社 事業主の氏名 代表取締役 鈴木一郎 電話番号 058254-0171

就業状況は、労務に服さなかった期間を記入して下さい。

給料の締切単位ごとに記入して下さい。貸金台帳を見て、正確にお願いします。給料を支給する前に請求するときは、支給予定額を記入して下さい。

基本給・諸手当の計算方法を具体的に記入して下さい。

法人の場合は、法人印と代表者印を忘れずに押印して下さい。

⑦ 分娩年月日	平成15年4月15日	⑧ 分娩予定・多胎()児	分娩予定・多胎
⑨ 請求が分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別	正常・異常	⑩ 請求が分娩後のときは生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月)
⑪ 入院して分娩したときはその期間	15年4月15日から15年4月21日まで 7日間		
⑫ 入院に要した費用内訳	健康保険(本人・家族) その他()		
⑬ 上記のとおり相違ありません。	平成15年6月25日	住所	岐阜市長住町1-10
		医師又は助産婦氏名	伊藤一夫

分娩予定年月日を必ず記入してもらって下さい。

医師又は助産婦の印を押印してもらって下さい。

※ 訂正するときは必ず請求書に押された印で訂正し、インク消しの使用、ナイフで削るなどしないようにして下さい。