

記入見本

健康保険 出産手当金・付加金請求書

| | | | | | |
|--|---|---|----------------|----------------|-------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の記号・番号 | ② | ③ 被保険者(申請者)の氏名 | (フリガナ) ケンポ サチコ | ④ 事業所名称 |
| | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 健保 幸子 | | (株)〇〇〇〇 |
| | ⑤ 被保険者(申請者)の住所等 | 〒 012-3456 東京都目黒区〇〇〇-〇〇-〇〇 TEL 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | | | ⑥ 出産予定日 |
| | | | | | 令和〇〇年 5月 4日 |
| | | | | | ⑦ 出産日 |
| | | | | 令和〇〇年 5月 5日 | |
| ⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間) | 令和〇〇年 3月 24日 から 令和〇〇年 6月 30日 まで 99日間 | | | | |
| ⑨ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか。または今後受けられますか。 | <input type="checkbox"/> 受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 今後受ける <input checked="" type="checkbox"/> 今後受けない | | | | |
| ⑩ 上記⑧の出産のため休んだ期間(申請期間)の「傷病手当金」を受給していますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 | | | | |

⑪ 給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

| | | | | | | |
|------------------|----------------------------|----------|--|--------------------|--|--|
| 金 融 機 関 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 労働金庫 | 預金種目 | 口座名義(カタカナで記入してください) | | | |
| | 本店 支店 出張所 | 店番号(3ケタ) | <input type="checkbox"/> 普通(総合口座) <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号(右づめで記入してください) | | |

| | | | | |
|---|----------------|-------------|--------------|--|
| 医 師 ・ 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ | ア. 出産者氏名 | 健保 幸子 | | |
| | イ. 出産予定年月日 | 令和〇〇年 5月 4日 | ウ. 生産または死産の別 | <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週) |
| | エ. 出産年月日 | 令和〇〇年 5月 5日 | オ. 出生児の数 | <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児) |
| | 上記のとおり相違ありません。 | | | |
| | 令和〇〇年 5月 20日 | | | |
| | 医療施設の所在地 | 〇〇区〇〇-〇〇-〇 | | |
| | 医療施設の名称 | 〇〇病院 | | |
| | 医師・助産師の氏名 | 〇〇 〇〇 | 電話 | 〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 |

令和 0 年 0 月 0 日提出

受付目付印

- ・労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等を記入してください。
- ・また、その期間を含む賃金計算期間とその1ヵ月前の賃金台帳と出勤簿(タイムカード等)の写しを添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------|---|----|-------|--|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----------------|----|----|----|----|-----|-----|-----|------|-----|
| 記号 | 1 2 3 | 番号 | 4 5 6 7 | 氏名 | 健保 幸子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | 給与の種類 | | <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | 賃金計算 | 締日 | 末 | 日 | 支払日 | <input checked="" type="checkbox"/> 当月 25 日 <input type="checkbox"/> 翌月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | | | |
| 3. | 労務に服することができなかった期間に対して、賃金を支給しました(します)か。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (「はい」の場合は別紙の報酬支払明細書に記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | 勤務状況 出勤は○で、有給は△で、欠勤は／で、公休日は公で、それぞれ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 出勤 | 有給 | | | | | | | |
| 事業主が証明するところ | 1) 令和 〇〇年 3 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 | 計 | 16 日 | 0 日 |
| | 2) 令和 〇〇年 4 月 | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 計 | 0 日 | 0 日 | |
| | 3) 令和 〇〇年 5 月 | 公 | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | 計 | 0 日 | 0 日 | |
| | 4) 令和 〇〇年 6 月 | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | / | 公 | 公 | / | / | / | / | 計 | 0 日 | 0 日 | | | |
| | 5) 令和 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 | 計 | 日 | 日 |
| | 6) 令和 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 | 計 | 日 | 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和 〇〇年 7 月 7 日 | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | 品川区〇〇-〇〇-〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | (株)〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | | 代表取締役 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | 〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------|--|
| 社会保険労務士記載欄 | |
|------------|--|