

記入例

出産手当金請求書 (第 1 回)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険 被保険者証の	記号 36	番号 1111	資格取得年月日 昭・ <u>平</u> 10 年 4 月 1 日	資格喪失年月日 平成 年 月 日
	出 産 日	平成 25 年 3 月 14 日		標準報酬月額	千円
	出産の為仕事 を休んだ期間	平成 25 年 1 月 31 日 から 平成 25 年 5 月 9 日まで		100 日間	休んだ給料は 受けられる・一部受けられる <u>受けられない</u>
	振込希望の 銀行	銀行 支店 <u>普通</u> ・当座 No 345678 号 名義人(カナ) タナカ ハナコ			
記入する欄	上記のとおり請求します。 セディナ健康保険組合 殿 平成 25 年 4 月 1 日 被保険者の 住所 〒108-XXXX 東京都港区 3-4-5 マンション678号 氏名 田中 花子 <u>印</u> TEL 03-XXX-9999				

事 業 主 が 証 明 す る 欄	労務に服さなかった期間		1か月分の基本給や 諸手当の額 (支給しない場合も記入)	基本給や諸手当の支給状況 (欄の期間を含む給料の締切日ごとに記入)			
	平成 年 月 日から	日間		月 日	月 日	月 日	月 日
	平成 年 月 日まで	日間	月 日	月 日	月 日	月 日	
	給料の 種類	月給、日給、日給月給 時間給、その他	基本給 月給・日給 円				
		締切日	日締	住宅手当 有・無 (1か月 円)			
	支払日	日払	通勤手当 有・無 (1か月 円)				
	欄の期間 中について 報酬は	・支給した	家族手当 有・無 (1か月 円)				
・一部支給した ・支給する予定 ・一部支給する予定 ・支給しない		手当 有・無 (1か月 円)					
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 (記載者氏名) 事業所の所在地 名称 氏名 印 TEL							

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産予定年月日	平成 年 月 日	出産年月日	平成 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の所在地 名称 医師・助産師の氏名 印 TEL			

< 記入方法 >

被保険者が記入する欄

- 資格取得年月日 入社年月日を記入。
- 資格喪失年月日 退職日の翌日を記入。喪失していない場合は記入不要。
- 標準報酬月額 記入不要
- 振込希望の銀行 被保険者本人の口座番号を記入(郵便局は不可)。
改姓された場合、申請者の氏と口座名義の氏が一致すること。

事業主が証明する欄

記入不要(事業主が使用しますので、斜線を引かないこと。)