


健保組合記入欄	支給期間		支給金額		支給決定日 令和 年 月 日			
	自 令和 年 月 日		円		常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
	至 令和 年 月 日							
(備考)	算出基礎 (108条)	日額	円×2/3×	日間=	円		円	
		日額	円 ×	日間=	円		円	

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号 番号	-		被保険者 氏 名			
	被保険者の 現 住 所	〒 -		電話番号	()		
	事業所名称						
	資格取得 年月日	平成・令和 年 月 日	資格喪失 年月日	令和 年 月 日	出産児の数	単児・多児(児)	
	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (在胎 週)	
	分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの合計 日間					
	【同意・確認事項】	組合WEBサイトへアクセスし「請求時の同意・確認事項」を必ずご確認ください。 確認後は、同意・確認日の日付を記載しチェック☑をしてください。 同意・確認日 令和 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> WEBページ記載の「同意事項」について同意します。 <input type="checkbox"/> WEBページ記載の「確認事項」「注意事項」について確認しました。 <input type="checkbox"/> 請求内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意します。 QRコードが読み込めない場合は、下記URLからアクセスしご確認ください。 【MBK連合健康保険組合WEBサイト】 https://www.mbk-rengo-kenpo.or.jp/pay-attention/						
【請求日時点 退職者のみ】 振込先 金融機関情報	銀行・信用金庫				本店・支店・出張所		
	預金種別	普通・当座・その他	口座番号またはゆうちょ銀行記号番号				
	口座名義(フリガナ)	()					

事 業 主 証 明 欄	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> その他 *1ヶ月の基本給(日給者・時給者は1日あたりの日額)				円	
	労務に 服さなかった 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの合計 日間 期間中の出勤・給与及び諸手当の支払 <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった ⇒あった場合は、下に該当日をすべて記入					
	出勤・報酬 について (一部支払の内訳)	労務に服した日	計 日間				
		有給等、1日あたりの 給与の全額を支払った日	計 日間				
		通勤手当や住宅手当等、 給与の一部だけを支払った日	計 日間				
		手当の名称	手当の対象期間、支払日、支払日等		支払総額	ひと月分換算額	1日あたり額(0.00)
		計	期間:	支払単位:	支払日:	0円	0円
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名 事業主氏名							

医 師 の 意 見 は 助 産 師	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	分娩の状態	正常・異常
	出産児の数	単児・多児(児)	生産・死産	生産・死産 (在胎 週)		
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設所在地 医療施設名称 医師・助産師の氏名					

MBK連合健康保険組合

受付年月日

注意事項

証明欄の訂正が必要な場合は、記入した本人(事業主・医師等)が訂正を行ってください。