

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 日間		円		常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
	至 令和 年 月 日 (残日数 日)							
	算出基礎 (108条) (備考)	日額	円×2/3×	日間=	円		円	

## 健康保険 出産手当金請求書 (第 1 回)

被保険者記入欄	被保険者証の記号-番号	1000 - 9999	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 昭和(平成) 年 月 日 生 健保 花子		
	事業所名	健保組合株式会社		被保険者の現住所 〒XXX - XXXX Tel. 080-XXX-XXXX 東京都千代田区神田司町90-80-70		
	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 4 年 8 月 3 日	分娩日	令和 4 年 8 月 2 日	生産・死産の別	生産・死産 (在胎 39 週)
	分娩のため休んだ期間	令和 4 年 6 月 22 日から 令和 4 年 9 月 27 日までの合計 98 日間				

事業主証明欄	給与の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 *1ヶ月の基本給(日給者・時給者は1日あたりの日額) <input type="checkbox"/> その他「 」		260,000 円	
	労務に服さなかった期間	令和 4 年 6 月 22 日から 令和 4 年 9 月 27 日までの合計 98 日間 期間中の出勤・給与及び諸手当の支払 <input checked="" 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 0 日間
		有給等、1日あたりの給与の全額を支払った日	6/22~30		計 9 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 0 日間
		手当の名称	手当の対象期間、支払日、支払		
	期間:	支払単位:			
	期間:	支払単位:			
	期間:	支払単位:			
	期間:	支払単位:			
	計			0円 0	
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 4 年 10 月 5 日					
住所(所在地) 〒 101-00xx 東京都千代田区神田司町20-80-10					
事業所名 健保組合株式会社					
事業主氏名 代表取締役 神田 一郎 電話 ( 03 - XXXX - XXXX )					

医師または助産師の意見欄	分娩予定日	令和 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	分娩の状況	正常・異常
	出産 上 住 医 医師 助産師の氏名	医師または助産師による証明を受けてください。				

確認欄	本請求について、下記の項目を確認しました。 令和 4 年 10 月 10 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	①又は②の要件を満たしたものである。
	<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。
	<input checked="" type="checkbox"/>	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。	
<input checked="" type="checkbox"/>	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する。	

受付日付印

【退職振込】	資格喪失後の分娩で、口座への直接入金希望する場合のみ 記入してください。	印・出張所

<手続き上の注意点>

・分娩日(分娩が予定日後であるときは分娩予定日)以前42日間(多胎の場合は98日間)、分娩日後56日間を限度とし、女子被保険者が分娩のため仕事を休み、賃金を受けられなかった日について支給されます。確認欄にはチェックを入れてください。

・出勤簿、賃金台帳等、出勤と給与支払状況が確認出来る書類を添付してください。前払いした定期代等にご注意ください。

MBK連合健康保険組合