

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 1 回)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号 番号	100 - 999	被保険者 氏 名	健保 花子			
	被保険者の 現 住 所	〒 XXX - YYY		電話番号	080 (YYY)	ZZZ	
	事業所名称	健保組合株式会社					
	資格取得 年月日	平成 令和 28 年 1 月 1 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 8 年 8 月 3 日	分娩日	令和 8 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 8 年 6 月 22 日から 令和 8 年 9 月 27 日までの合計 98 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 8 年 10 月 10 日					
【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 checked="" 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)	260,000	円	
	労務に 服さなかった 期間	令和 8 年 6 月 22 日から 令和 8 年 9 月 27 日までの合計 98 日間				
	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	6/22~6/30	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 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
	通勤手当	期間: R8.4/1~9/30	支払単位: 6カ月	支払日: R8.4.25	150,000円	25,000円
	期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)
	期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)
計	※ひと月分換算額=支払総額÷支払月数 ※1日あたり額=ひと月分換算額÷30		150,000円	25,000円		
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 8 年 10 月 25 日						
事業所所在地 101-0000 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						

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。