

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	被保険者等記号番号	100 - 999	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 昭成・平成 健保 花子 ● 年 ● 月 ● 日生
	事業所名	健保組合株式会社		被保険者の現住所 〒xxx - xxxx Tel. 080-xxxx-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 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 日間
		手当の名称	手当の対象期間、支払日、支払額	請求したい日を経過し、出勤と給与支払の事実が無いことが確定してから証明してください。	計 日額
		期間:	支払単位:		(0.00)
	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	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 年 月 日 <input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 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。 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 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 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

【退職者の振込希望】 資格喪失後の分娩で、口座への直接入金を希望する場合のみ記入してください。

<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。

・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