

# 出産のため会社を休んだとき

|   |      |          |   |   |   |        |    |   |   |    |
|---|------|----------|---|---|---|--------|----|---|---|----|
| ※ | 資格取得 | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 標準報酬月額 | 平成 | 年 | 月 | 千円 |
|   | 喪失   | 平成       | 年 | 月 | 日 |        | 平成 | 年 | 月 | 千円 |

## 健康保険出産手当金請求書

(第 回)

(注意事項)  
 ○○○※訂正箇所には漏れなく同じ印を押し下さないで下さい。  
 ○○○※訂正箇所には漏れなく同じ印を押し下さないで下さい。  
 ○○○※訂正箇所には漏れなく同じ印を押し下さないで下さい。

|   |                                 |   |                         |   |                        |
|---|---------------------------------|---|-------------------------|---|------------------------|
| 被<br>保<br>者<br>の<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | ①被保険者証の記号                       | 1   | ②請求者(被保険者)の氏名と印         | 京瀬良 華子                                      | ③<br>④                 |
|   | 記号・番号                           | 番号  | 12345                   |   |                        |
|   | ④請求者(被保険者)の現住所                  | 〒 京都市伏見区1-2   |                         |   |                        |
|   | ⑤事業所の名称                         | 京セラ(株)本社  |                         |   |                        |
|   | ⑥資格取得年月日                        | 昭和<br>平成  | 14年1月1日                 | ⑧分娩予定年月日                                    | 平成17年3月3日              |
|   | ⑦資格喪失年月日                        | 平成  | 年 月 日                   | ⑨分娩年月日                                      | 平成17年2月24日             |
|   | ⑩分娩のため、仕事を休んだ期間                 | 平成7年1月20日から<br>平成17年4月21日まで<br>92日間<br>ただし 日 日 日 日 日は出勤 | ⑪左記期間中に報酬の全部又は一部を受けましたか | 受けない <input checked="" type="radio"/> 受けられる |                        |
|   | ⑫ ⑩欄の期間中入院した期間があるとき             | 平成17年2月21日から<br>平成17年3月1日まで<br>9日間                      | 健康保険又は自費で入院しましたか        | 健保・ <input checked="" type="radio"/> 自費     | 健保家族                   |
|   |                                 | 医療機関の名称   | △△△産婦人科                 |   |                        |
|   |                                 | 医療機関の所在地  | 京都市中京区56-79             |   |                        |
|   | ⑬払渡しを希望するところ(請求者名義のものを記載してください) | 京都銀行 本店 信用金庫 支店   | 普通貯蓄当座                  | 口座番号  | 123456                 |
|   |                                 |   |                         | 口座名義人                                       | カナ キョウセラ ハナコ<br>京瀬良 華子 |

|             |               |          |            |              |
|-------------|---------------|----------|------------|--------------|
| 委<br>任<br>欄 | ⑭上記出産手当金の受領を  | 住所<br>氏名 | 〒 に委任します。  | 事業所社会保険担当確認印 |
|             | 銀行 本店 信用金庫 支店 | 普通貯蓄当座   | 口座番号<br>カナ | 受付印          |
|             | 平成 年 月 日      | 請求者氏名    | 〒          |              |

訂正印

字削除  
字挿入

(注意事項) 〇出勤簿にもとづいて正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服  
〇日になりません。ついで正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服  
〇貸金台帳・給与明細等による正しく記入してください。日曜・祭日等の公休日及び有給休暇も労務に服  
〇事業主の訂正は、その箇所又は各欄に事業主の訂正印を押印して下さい。  
〇一カ月の単位として支給される各種手当が労務に服さない期間も含めて支給されているときは、報酬の一部  
支給となりませんので記入してください。

|   |   |                  |  |                    |         |         |
|---|---|------------------|--|--------------------|---------|---------|
| ⑮産休開始   |   | 平成 17 年 1 月 20 日 | 備考   |                    |         |         |
| 事業主が証明する欄   | ⑯労務に服さなかった日(該当する日を○で囲むこと)                     | 17年 1 月          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 計12 日              |         |         |
|   |   | 17年 2 月          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 計28 日              |         |         |
|   |   | 17年 3 月          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 計31 日              |         |         |
|   |   | 17年 4 月          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 計21 日              |         |         |
|   |   | 年 月              | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 | 計 日                |         |         |
|   | ⑰上記期間中に対する報酬支給の有                              | 有・無              | ⑱給料の形態(月給・日給月給・日給・歩合給・その他( ))  |                    |         |         |
|   | ⑲上記期間中に有給休暇があればその日額及び月日                       | 日額               | 円  | 日 日 日 日 日 日        | 計 日     |         |
|   | ⑳上記の労務に服さなかった期間中に支払った報酬額又は今後支払われる報酬額及び支給対象期間等 | 本給(基本給)          | 0 円  | 月 日 ~ 月 日          | 月(日)分   | ⑳給付の締切日 |
|   |   | 通勤手当             | 0 円  | 月 日 ~ 月 日          | 月(日)分   |         |
|   |   | 懇親会費             | 200 円  | 1 月16 日 ~ 2 月 15 日 | 2 月(日)分 | 毎月      |
| 懇親会費  |   | 200 円            | 2 月16 日 ~ 3 月 15 日   | 3 月(日)分            | 1 日     |         |
| 懇親会費  |   | 200 円            | 3 月16 日 ~ 4 月 15 日   | 4 月(日)分            | ⑳支払日    |         |
|   |   | 円                | 月 日 ~ 月 日  | 月(日)分              |         |         |
|   |   | 円                | 月 日 ~ 月 日  | 月(日)分              | 毎月      |         |
|   |   | 円                | 月 日 ~ 月 日  | 月(日)分              | 2 日     |         |
| 懇親会費  |   | 200 円            | 4 月 16 日 ~ 5 月 15 日  | 5 月(日)分            |         |         |
| 現物  |   | 衣・食・住            | 円  | 月 日 ~ 月 日          | 月(日)分   |         |
| <事業主意見欄>  |   |                  |  |                    |         |         |
| ⑳上記のとおり相違ないことを証明します。<br>平成 年 月 日<br>事業所の所在地および名称<br>事業主の氏名<br>電話( ) - |   |                  |  |                    |         |         |

|               |  |                            |                        |           |
|---------------|--|----------------------------|------------------------|-----------|
| 医師又は助産婦が記入する欄 | ⑳分娩予定年月日   | 平成 年 月 日                   | ㉑分娩年月日                 | 平成 年 月 日  |
|               | ㉒健康保険で給付される入院期間  | 平成 年 月 日 から<br>平成 年 月 日 まで | 日間<br>㉓使用された健康保険証の記・番号 | 記号<br>番号  |
|               | ㉔生産・死産の別   | 生産<br>死産                   | 妊娠 週<br>㉕出生児の数         | 単胎・多児( 児) |
|               | ㉖上記のとおり相違ありません。<br>平成 年 月 医療機関の所在地<br>名称<br>医師(職名 )<br>電話( ) - |                            |                        |           |

(注意事項) 下〇入〇〇  
さい医して7  
師たく欄及  
。又はださ  
助さ健康  
産産い。保  
婦。険は該  
欄の訂正文  
訂正箇所字  
にははを〇  
医師か印  
又ははで  
助産婦のま  
の証明ちが  
印をいの  
してない  
よう記