

記入上の注意参照
記入見本

支給期間	支給額	支給決定日	平成 年 月 日				給付記録 入力済印
			常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	
自平成 年 月 日	円	日					
至平成 年 月 日							
(備考)		円 × 3/2 × 日間 =		円			
(108条)		円 × 日間 =		円			

健康保険 出産手当金請求書

(第 1 回)

(記入上の注意)

⑥ 分娩日(前日)は、健康保険担当部署に聞いて下さい。

⑩ 代理人は、資格喪失後の分娩に関する請求のとき

被保険者が記入するところ	① 健康保険証	記号 1000	② 被保険者	住所 (〒△△△-△△△△) 昭和(平成) 〇〇年〇〇月〇〇日生 〇〇県〇〇市△△△...	
		番号 9999	氏名 健保 花子 (印)		
	③ 資格取得年月日 昭和 25 年 4 月 1 日 平成	⑤ 事業所の名称・所在地 (〒△△△-△△△△) 健保組合株式会社 東京都千代田区神田司町20-80-10	⑥ 標準報酬月額 128.667 千円	⑦ 出産児の数 単児・多児 (児)	
④ 資格喪失年月日 平成 年 月 日	⑧ 分娩日 平成 28 年 6 月 7 日	⑨ 分娩予定日 平成 28 年 5 月 31 日	⑩ 本請求書に関する連絡先住所、電話・FAX番号 〇〇県〇〇市△△△... □□方 電話 ×××-×××-×××× fax ×××-×××-××××	⑪ 分娩のため休んだ期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 28年4月20日 ~ 28年8月2日 (105日間)	
事業主が証明するところ	⑫ 労務に服さなかった期間 自平成 28 年 4 月 20 日至平成 28 年 8 月 2 日 105 日間		⑬ 上記期間中の分として報酬額を支払った期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間 全額支給・一部支給額 (円)		
	⑬ 報酬の支払いの無かった期間 自平成 28 年 4 月 20 日至平成 28 年 8 月 2 日 105 日間		上記の通り相違ないことを証明します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	事業主 住所 又は 代理人 氏名 〇〇株式会社 代表取締役 神田 一郎 (印)				
医師又は助産師が意見を記入するところ	分娩日	平成 年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日	
	分娩の状態	正常・異常		生産又は死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月)	単児・多児(児)
	上記の通り相違ないことを証明します。 平成 年 月 日				
受取代理人	⑭ 本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	被保険者(請求者) 住所 氏名 〇〇県〇〇市△△△... 給付 花子 (印)	事業主 名称・所在地 氏名 東京都千代田区神田司町20-80-10 健保組合株式会社 代表取締役 神田 一郎 (印)			
振込希望先	金融機関	銀行・信用金庫・その他()		口座番号	普通・当座
	被保険者(請求者) 住所 氏名	本店・支店・出張所		フリガナ	口座名義
		(〒 -)		TEL (- -)	FAX (- -)

必ず記入

の写②賃金台帳の写」を提出
 労務に服さなかった期間中の「①出勤簿

医師又は助産師の証明

請求のときのみ記入
 資格喪失後の分娩に関する

MBK連合健康保険組合

出産手当金

分娩のため会社を休んだときに給与の支払いが無かったり、減額された場合に出産手当金が支給されます。

◎ 支給要件

- (1) 分娩のため仕事を休んだとき。
- (2) 給与の支払いが無いこと。減額により、その額が出産手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。

◎ 支給期間

分娩予定日以前42日、分娩予定日より遅れた場合は、分娩日まで支給が受けられます。分娩後は、分娩日の後56日の範囲内で支給が受けられます。

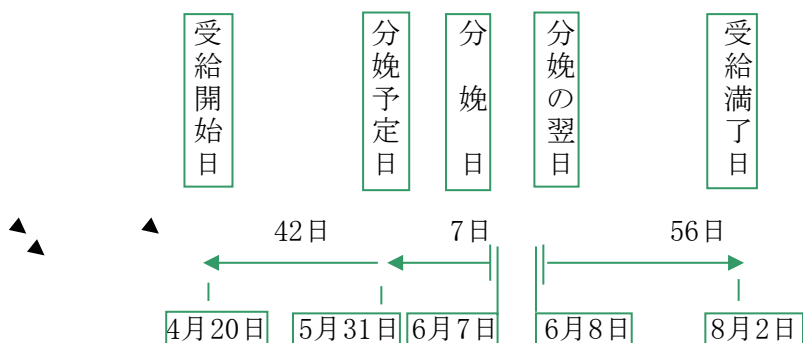
◎ 手続き

「出産手当金請求書」に事業主と医師又は助産師の証明を受けてください。

◎ 支給額

1日について標準報酬日額の2/3です。

(参考)



$$42日 + 7日 + 56日 = \underline{105日} \cdots \text{受給日数}$$