

健康組合記入欄	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 回)

被保険者記入欄	被保険者証の記号-番号	-		被保険者氏名	(フリガナ) 昭和・平成 年 月 日生			
	事業所名			被保険者の現住所	〒 _____ TEL. _____			
	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 年 月 日	分娩日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (在胎 週)		
	分娩のため休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの合計 日間						

事業主証明欄	給与の種類	<input 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「 _____ 」 円							
	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日までの合計 日間 期間中の出勤・給与及び諸手当の支払 <input 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						計	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	1月分換算額	1日あたり額	
		期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)		
		期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)		
		期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)		
		期間:	支払単位:	支払日:			(0.00)		
	計				0円	0円	0		
上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所(所在地) 〒 _____ 事業所名 _____ 事業主氏名 _____ 電話 (_____)									

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)	産科医療補償制度の適用	あり・なし
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 住所(所在地) 〒 _____ 医療機関名 _____ 医師または助産師の氏名 _____ 電話 (_____)					

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

【退職者のみ】 振込希望先	金融機関名	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
	ゆうちょ銀行 記号-番号		
	口座名義(フリガナ) (_____)		

<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