

記入例

健康保険出産手当金請求書

(第 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号						被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ	生年月日					
	8	0	1	9	9	9		関西 ハチ子	昭和 平成 令和	〇	〇	〇	年	月
	被保険者の現住所		〒 530 - 8408 大阪市北区〇〇〇2丁目〇番〇号 ☎ 06 - 〇304 - 8008											
	被保険者の勤務する (していた)事業所名		関西テレビ放送株式会社											
	被保険者の資格 を取得した日		昭和 平成 令和 〇 年 4 月 1 日				被保険者の 標準報酬月						千円	
	出 産 年 月 日		令和 〇 年 〇 月 〇 日				出産予定日		令和 年 月 日					
	(A) この申請期間は出産前のものですか、出産後のものですか、あるいはその両方の期間にかかるものですか。						出産前 ・ 出産後 ・ 出産前後							
	① 出 産 の た め 休 ん だ 期 間		令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 〇〇〇 日間 令和 〇 年 〇 月 〇 日 まで											
	(A) うえの①に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、 又は受けられますか。						受けた ・ 受けない ・ 受けられる ・ 受けられない							
	(B) 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬 の額とその報酬支払の基礎となった（なる）期間						令和 年 月 日 から の分として 令和 年 月 日 まで 円							

委
任
状
欄

本請求に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者
(請求者)

住所 大阪市北区〇〇〇2丁目〇番〇号

氏 名 関西 ハチ子

受任者
(事業主)

住所 大阪市北区扇町2丁目1番7号

氏 名 関西テレビ放送株式会社

支給決定額

円

受付日付印

常務理事	事務長		担当者

※こちらの申請用紙はA3サイズで出力してください

関西テレビ放送健康保険組合

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	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		日間																														
	勤務状況		出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。												出勤	有給	計																		
	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	31	日	日	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	31	日	日	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	31	日	日	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	31	日	日	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	31	日	日	日
	うえに書いた期間中の分として報酬を「全額支給」とした 場合または「一部支給」とした場合または支給する場合		自 年 月 日			至 年 月 日			日間	支給額		日 額		賃金内訳																					
			年	月	日	年	月	日	日	円	円																								
			年	月	日	年	月	日	日	円	円																								
年			月	日	年	月	日	日	円	円																									
現在までも、また将来も 支給しない場合はその旨										給与締日		日																							
										給与支払日		当月 翌月 日																							
被保険者の報酬形態(該当を○で囲む)												月給	日給	月給	日給	時給	歩合給	役員報酬	その他 ()																
うえのとおり相違ないことを証明します。								担当者氏名																											
事業所所在地 〒 -								令和 年 月 日		☎ - -																									
事業所名称																																			
事業主氏名										Ⓜ																									
※請求期間にかかわる前月分からの出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。																																			

医 師 又 は 助 産 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	出産者氏名												
	出産年月日	平成・令和 年 月 日				出産予定日		平成・令和 年 月 日					
	出産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 ヶ月)				出生児の数		単 胎 ・ 多 胎 (児)					
	うえのとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 〒 - ☎ - - 医療施設の名称 Ⓜ 職名 () 医師・助産師の氏名												