健康保険　出産手当金請求書

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・番号	記号 5000 ― 番号 9	被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
被保険者の氏名	産業　花子	生年月日	昭・(平) 6 年 4 月 10 日
被保険者の住所・電話番号	〒 000-0002　電話 ○○ ― ○○○ ― ○○○ △△市××町3－3		
事業所の名称	○○産業株式会社		
今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか	出産前の申請・[出産後の申請]		
出産の日	令和 6 年 6 月 20 日	出産予定日	令和 6 年 6 月 25 日
出生児の数	[単胎]・多胎（　　児）		
労務に服することができなかった期間	令和 6 年 5 月 10 日から 令和 6 年 8 月 15 日まで　98 日間		
上記の期間について報酬を受けましたか	☑ いいえ　☐ はい（☐ 全部 ☐ 一部）		
報酬を受けた期間と金額を記入してください	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　円		

委任状

この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。

被保険者の　住所
氏名

代理人の　住所
会社名
氏名

振込銀行

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

(フリガナ) シカク □□ 銀行	預金種目	[普通]・当座・その他（　）	口座番号 7 6 5 4 3 2 1
(フリガナ) サンカク △△ 支店	口座名義	(フリガナ) サンギョウ　ハナコ 産業　花子	

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである
☑	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
☐	・記載内容について誤りがないか申請者本人（被保険者）に確認している

※健保記入欄

標準報酬月額				備考
支給日額	支給期間		支給日数	
円	年 月 日 ～ 年 月 日		日間	
資格照合	年 月 日 取得	支給決定額		
	年 月 日 喪失	¥		

事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間：令和 6 年 5 月 10 日から　令和 6 年 8 月 15 日まで　98 日間　ただし　ただし 5/10～5/31 は出勤は有給

請求者の業務の種別：**事務職**

出勤簿

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
6月	欠	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	欠		
7月	欠	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	欠	
8月	欠	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	欠	

報酬の計算：締切日　毎月 1 日から　末 日まで　支払日　[当月]・翌月 25 日

支給額	欠勤しなかった場合の1カ月の報酬支払額	6月分	7月分	8月分
基本給	220,000 円	0 円	0 円	0 円
手当	円			円
手当	円			円
手当	円			円
手当	円	円	円	円
計	220,000 円	0 円	0 円	0 円

タイムカード・給与明細（賃金台帳）の写を添付いただいても結構です

報酬支払の形態	(ア) 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他	日額（時間給） 円	請求期間中に支払われた報酬（欠勤控除）の計算方法を詳しく記入してください
請求期間中の通勤手当について	1. 支給している　1.電車 2.ガソリン代 3.バス 4.他（　） 月 日から 月 日まで カ月間（　）円 月 日支払済 月 日から 月 日まで カ月間（　）円 月 日支払済		
	(2) 支給していない　（理由：産前・産後・育休中は支給しない　）		

上記のとおり相違ないことを証明します。　令和 6 年 9 月 10 日

事業所所在地　△△市××町2－2

事業所名称　○○産業株式会社

事業主氏名　代表取締役　○○　一郎

医師・助産師が記入するところ

出産年月日	令和　年　月　日	出産予定年月日	令和　年　月　日
生産または死産の別	生産・死産（妊娠第　週）	出産児の数	単胎・多胎（　児）

上記のとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療施設所在地
医療施設名称
医師・助産師の氏名
電話番号　―　―

医師または助産師に記入を依頼してください

※事業主証明欄及び医師の証明欄についてご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

大阪産業機械工業健康保険組合