

# 健康保険出産手当金請求書

平成 年 月 日提出

この欄の訂正は被保険者の印

被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日		資格取得日	昭和 年 月 日
-		昭和 年 月 日生		資格喪失日	平成 年 月 日
被保険者の氏名・印		事業所の名称			
(フリガナ)					
(印)		被保険者の業務の種類(既に退職している場合は退職前の業務の種類) (詳しく)			
郵便番号	被保険者の住所・電話番号				
-	(フリガナ)				
					電話 ( )
出産年月日	出産予定年月日	単胎・多胎妊娠の別			
平成 年 月 日	平成 年 月 日	ア. 単胎 イ. 多胎			
請求期間	平成 年 月 日から	ただし(具体的な日付を記入してください)	左の期間に 対して給料 を受けまし たか	ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない	年 月 日から 日分
(出産の為 休んだ期間)	平成 年 月 日まで	は出勤のため除く	は有給休暇		年 月 日まで 円

この欄の訂正は医師又は助産師の印

出産年月日	出産予定年月日 (出産後であっても必ず記入してください)	生産・死産の別	単胎・多胎妊娠の別
平成 年 月 日	平成 年 月 日	ア. 生産 イ. 死産(妊娠 ヶ月)	ア. 単胎 イ. 多胎( 児)
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日	医療機関等の所在地	医療機関等の名称	医師又は助産師の氏名・印
			(印)
		電話 ( )	

被保険者又は受取代理人 が記入するところ	銀行等に振込を希望する場合	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行 店	1. 普 2. 当 3. 通 4. 別	
	金庫 支店	預金口座番号	

↑ 被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受取代理人の欄	本請求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。	代理人の氏名・印	被保険者との関係
	平成 年 月 日	(フリガナ)	(印)
	被保険者		
	住所	郵便番号	代理人の住所・電話番号
氏名	(フリガナ)		
	※ 印鑑は請求印と同一であること	電話 ( )	

大阪自動車整備健康保険組合

この欄の訂正は事業主の印

出勤簿 写	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
	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
	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
	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
	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
	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
業務に服さなかつた期間		左記期間に報酬を支給しましたか										職場復帰しましたか																				
平成 年 月 日から	日間	ただし(具体的な日付を記入してください)										ア. 全部支給した イ. 全部支給する ウ. 一部支給した エ. 一部支給する オ. 支給しない																				
平成 年 月 日まで	は出勤のため除く	は有給休暇										ア. 欠勤中(証明日現在) イ. 月 日から出勤 ウ. 月 日付で退職																				
報酬の支給形態		報酬の締・支払日		欠勤した場合の報酬の支給方法(控除計算方法)																												
ア. 月給制 イ. 日給月給制 ウ. 日給制 エ. 時間給制 オ. その他( )		(締切日) (支払日)		・基本給は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき ) ・諸手当は ア. 控除しない イ. 控除する(欠勤1日につき ) その他( )																												
請求期間中における報酬(今後支払う予定のものを含む)の支給額等について、報酬の締切ごとに記入してください																																
		基本給	家族手当	通勤手当	手当	その他	計																									
欠勤しなかつた場合の 1ヶ月の報酬支払額		円	円	円	円	円	円																									
実 際 の 報 酬 支 払 額	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /																									
	月分 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円																									
	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /																									
	月分 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円																									
	年 月 日から	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /																									
	月分 年 月 日まで	円	円	円	円	円	円																									
上記のとおり相違ないことを証明します。																																
平成 年 月 日		事業所の所在地										事業所の名称																				
		事業主氏名・印										(印)																				
		電話 ( )																														

記入不要	法第108条の計算内訳その他支給決定に対する参考事項
------	----------------------------

この請求書には、事業主証明欄並びに医師意見欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。  
 しかしながら、健康保険法施行規則における事業主証明書並びに医師意見書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合は請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされております。  
 つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、事業主証明書、医師意見書をそれぞれ添付のうえ提出していただいで結構です。

