**※太枠内を訂正するときは、それぞれの訂正印にて訂正してください。**

出産日が出産予定日後である時は出産の予定日以前42日前の日付を記入してください。（多児は98日）

保険証の記号と番号を記入してください。

出産のため仕事を休んだ期間を記入してください。

# 健康保険　出産手当金請求書

（第　1　回）
平成29年　7月　14日提出

**被保険者が記入するところ**

①被保険者証の　記号 850　番号 80

②事業所の名称　愛鉄工業　株式会社

③給与の種類　月給・[✓ 日給月給]・日給・時間給
その他（　　　）

④労務に服さなかった期間（請求期間）　平成29年　4月　3日から　平成29年　7月　12日まで　101日間

⑤分娩予定年月日　平成29年　5月　14日

⑥分娩年月日　平成29年　5月　17日

⑦産院または病医院に収容されたときはその名称所在地及びその期間

名称　名古屋産婦人科病院

所在地　〒123―4567
名古屋市中区五の丸
1-3-5

期間　平成29年　5月　17日から　平成29年　5月　19日まで　3日間

⑧労務に服さなかった期間中に報酬を受けたときは、その期間及び金額　平成29年　4月　3日から　平成29年　4月　5日まで　金額 17,307円

⑨上記期間内に出勤又は有給扱いとした年月日

| | | |
|---|---|---|
| 出勤 | 月/日 | 4/3　/　/　/　/ |
| | | 年　月　日～　年　月　日 |
| 有給休暇 | 月/日 | /　/　/　/　/ |
| | | 29年　4月　4日～　29年　4月　5日 |

⑩仕事を休んだ期間の給料は

| | |
|---|---|
| 基本給 | 全額支給される・一部支給[✓ ・支給されない] |
| 諸手当 | 全額支給される・一部支給[✓ ・支給されない] |

⑪入院があるとき

| | |
|---|---|
| 入院の区分 | 自費・[✓ 健保]・その他（　　　） |
| 被扶養者の有・無 | 有・[✓ 無]　氏名　　他　　名 |

⑫払渡し希望銀行の口座

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| （フリガナ） | 銀行<br>信用金庫 | 普通<br>当座<br>貯蓄 | 店番 | 口座名義人氏名 |
| | 本店<br>支店 | | 口座番号 | フリガナ<br>氏名 |

上記のとおり請求します。

平成29年　7月　14日　〒453―0804

被保険者（請求者）住所　名古屋市中村区黄金通一丁目18番地

被保険者（請求者）氏名　中村花子　㊞ 中村

TEL（052）461―6131

□　本請求書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「本人確認（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証の写し等）」が必要となります。）

備考欄

**金額の受領を委任するときに記入するところ**

⑬本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

平成29年　7月　14日　被保険者氏名（請求者）　中村花子　㊞ 中村

委任された者の事業所名・住所・氏名
名古屋市中区栄二丁目10番19号
愛鉄工業　株式会社
代表取締役社長　愛鉄連太郎　愛鉄工業　㊞ 代表者印

**事業主が証明するところ**

⑭労務に服さなかった期間　平成29年　4月　3日から　平成29年　7月　12日まで

⑮上記期間中に出勤又は有給扱いとした日

| | | |
|---|---|---|
| 出勤 | 月/日 | 4/3　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/ |
| | | 月　日～　月　日・月　日～　月　日 |
| 有給休暇 | 月/日 | /　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/　/ |
| | | 4月　4日～　4月　5日・月　日～　月　日 |

⑯給料の種類　月給・[✓ 日給月給]・日給・時間給
その他（　　　）

⑰給料締切日　20日締

⑱給料支払日　[✓ 当月]　翌月　25日

⑲基本給や諸手当の支給状況（給料の締切単位に記入してください）

| 1ヶ月分の基本給 〃 諸手当の額（支給の有無に関係なく記入） | 3月　21日<br>4月　20日 | 4月　21日<br>5月　20日 | 5月　21日<br>6月　20日 | 6月　21日<br>7月　20日 | 基本給・諸手当の控除の計算方法 |
|---|---|---|---|---|---|
| 基本給（1ヶ月150,000円） | 63,426 | 0 | 0 | 40,385 | 150,000×欠勤日数を26(基礎日数)<br>控除欠勤<br>4月15日、7月19日 |
| 通勤手当（1ヶ月　6,730円） | 2,847 | 0 | 0 | 1,811 | $\frac{6,730}{26}$×出勤日数を支給<br>出勤<br>4月3日、7月7日 |
| 手当（1ヶ月　円） | | | | | |
| 手当（1ヶ月　円） | | | | | |
| 手当（1ヶ月　円） | | | | | |
| 合計 | 66,273 | 0 | 0 | 42,196 | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成29年　7月25日

（記載者氏名　岡本太郎　）

事業所の所在地　名古屋市中区栄二丁目10番19号
名称　愛鉄工業　株式会社
事業主の氏名　代表取締役社長　愛鉄連太郎　愛鉄工業　㊞ 代表者印
TEL（052）461―6131

※労務に服さなかった期間の出勤簿・賃金台帳の写しを添付してください。

**医師または助産師が意見を記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑳分娩年月日 | 平成　29年　5月　17日 | ㉑分娩予定年月日 | 平成　29年　5月　14日 |
| ㉒入院期間 | 平成29年　5月　17日から<br>10日間<br>平成29年　5月　26日まで | ㉓出生児の数 | [✓ 単胎]・多胎（　　児） |
| ㉔健康保険で給付された入院の期間 | 平成29年　5月　17日から<br>3日間<br>平成29年　5月　19日まで | ㉕生産・死産の別 | [✓ 生産]・死産（妊娠　ヶ月） |
| | | ㉖入院費用の区分 | 自費・[✓ 健保]・その他 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成29年　6月　10日

医療機関所在地　名古屋市中区五の丸1-3-5
名称　名古屋産婦人科病院
医師・助産師の氏名　名古屋　三郎　㊞ 名古屋
TEL（052）222―2222

受付日付印

（平成29年1月1日　改）

※請求期間がすぎてから提出してください。

出産日の翌日から56日目の日付を記入してください。

請求期間内に出勤、有休がある場合には、その各日を正確に記入してください。

該当する箇所を〇で囲んでください。

④欄の期間中に入院したときに、記入してください。

被保険者の個人口座へ振り込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

入院されたときは、入院の区分、又被扶養者がいるときは、必ず記入してください。

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー（個人番号）の記入は不要です。

委任を希望される場合のみご記入ください。

本来支給すべき額を記入してください。（実際に支給する額ではありません。）

給料の締切単位ごとに記入してください。賃金台帳を見て正確に記入してください。

欠勤控除がある場合は、算式を記入してください。

法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

該当する箇所を〇で囲んでください。

医療機関の印でなく医師の印を押印してもらってください。

―資格喪失後に出産手当金を受ける要件を満たしている方で、引き続き給付を受ける場合―

☆在職期間（被保険者であった期間）が１年以上ある方が退職された場合、退職日において、出産手当金を受給できる状態（＊）であった方については、請求により出産手当金が支給されます。

＊資格喪失後継続給付（法第１０４条）の支給要件が「・・・その資格を喪失した際に出産手当金の支給をうけているもの・・・」（有給休暇のため不支給のものを含みます）とあることから、退職日以前より出産手当金を受けている場合であっても、退職日に労務に服した場合は継続給付は支給されなくなります。