

健 保 記 入 欄	資格取得日	昭和 平成	年	月	日	出手対象期間	自：平成 令和	年	月	日	日	
	転入日	昭和 平成	年	月	日		至：平成 令和	年	月	日		
	転入日	平成 令和	年	月	日	労務期間	自：平成 令和	年	月	日	日	
	喪失日	平成 令和	年	月	日		至：平成 令和	年	月	日		
	出手標準報酬月額	出 手 日 額	歩合	出手支給日額 (小数点四捨五入)			有給期間	自：平成 令和	年	月	日	日
	円	円	2/3=	円				至：平成 令和	年	月	日	
	出手支給日額 (小数点四捨五入) × 支給日数 = 出手支給金額 円 × 日 = 円						出手支給期間	自：平成 令和	年	月	日	日
						至：平成 令和	年	月	日			
報酬支給期間		自：平成 令和 年 月 日			日			報酬支給額 × 対象日数 = 出産支給金額		出手 (報酬との) 差額支給額		
		至：平成 令和 年 月 日						円 × 日 = 円		円 = 円		

健康保険出産手当金請求書

大阪府信用金庫健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 年 月 日	※請求書はもれなくご記入下さい。記入漏れ・不備等で請求書を返戻する事があります。								
	保険証の記号・番号 (右づめ)			被保険者の氏名及び印				被保険者の生年月日			年 齢
				<small>本請求に基づき給付金の受領を私が勤務する事業所の事業主に委任します。(退職後を除く)</small>				<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			歳
	勤務先事業所名				被保険者の住所						
					〒 - 電話 () -						
	出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	出生児の数			<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 児			
	出産のため休んだ期間 (申請期間)		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間								
	上記期間の報酬を受けましたか		<input type="checkbox"/> 全部受けた <input type="checkbox"/> 一部受けた <input type="checkbox"/> 受けられない		報酬を受けた場合のその期間と支払報酬額			令和 年 月 日から 令和 年 月 日 円			
	出産の為に入院したとき		病院名								
			病院の所在地								
		入院期間			自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			入院費用	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> その他		
退職後に請求される方		振込口座		金融機関名		支店名		預金種別			
				<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 郵便局		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()			
				口座名義 (カナで記入)		口座番号					

受付印

医師または助産師の証明	出産年月日	令和 年 月 日	出産予定日	令和 年 月 日
	出産時の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ありません。			
			令和 年 月 日	
	医師 所在地			
	医療機関名			
	氏 名		☎ 電話 ()	—

※下記の「事業主が証明するところ」を記入する代わりに、別紙に代えて証明頂いても構いません。その際は下記内容を必ず含んだ物をご用意ください。

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 日間 令和 年 月 日まで	左記期間に報酬の支払いをしました(します)か		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ											
	職場復帰しましたか	<input type="checkbox"/> 休職中	<input type="checkbox"/> 年 月 日から出勤(予定)	<input type="checkbox"/> 年 月 日で退職												
	就労状況について 記載要領：休日「休」、出勤「出」、有給休暇「有」、欠勤「欠」、病気(療養)欠勤「病」、リハビリ出勤「リ出」															
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	内容															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	内容															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	日付	/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	内容															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
有給		日	欠勤		日	出勤		日	給与区分 (Oを付けて下さい)		月給	日給月給	日給	時間給	その他	
欠勤控除方法について 具体的にご記入ください																
報酬の支給状況		給与計算の締切日 (日)					支払日 当月・翌月 (日)									
	基本給	家族手当	住宅手当	その他 (手当)	その他 (手当)	その他 (手当)	通勤手当									
欠勤しなかった場合の額	円	円	円	円	円	円	円									
月分 (/ ~ /)	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円									
月分 (/ ~ /)	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円	日分 円									
上記のとおり相違ないことを証明します。																
											令和 年 月 日					
	事業主 所在地															
	会社名															
	代表者										☎ 電話 ()					