

出産手当金請求書（第 回）

被 保 険 者	被保険者の記号・番号		被保険者の生年月日				被保険者の氏名					
	記号	番号	昭和 平成 令和	年	月	日						
保 険 者 が	事業所の 名称・所在地		〒									
	資格取得日		昭和 平成 令和	年	月	日	標準報酬月額	千円				
記 入 す こ ろ	分娩の日	令和	年	月	日	左記の分娩日は実分娩日 ですか予定分娩日ですか		<input type="checkbox"/> 実分娩 <input type="checkbox"/> 予定分娩				
	分娩のため 休んだ期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	日間
振 込 先 口 座	金融機関名				支店				種別			
	口座番号				口座名義（フリガナ）							
※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>												
委 任 状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。											
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した出産手当金の受領に関すること。											
	被保険者(請求者)の住所			_____								
	被保険者(請求者)の氏名			_____								
と	代理人(事業主)の住所			_____								
	代理人(事業主)の氏名			_____								
上記のとおり請求します。												
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日												
住所 被保険者 氏名 電話番号												
神奈川県管工事業健康保険組合理事長 殿												

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業主宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行印

※賃金台帳・出勤簿(タイムカード)を添付してください。

事業主が記入するところ	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		
	上記の期間中の分として支払う報酬関係	全額支給あり	一部支給あり	報酬の支給なし
	給与の締めと支払日	日締め	日払い	
	賃金計算方法 (欠勤控除計算方法等)			
うえのとおり相違ないことを証明します。				
令和 年 月 日				
事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電話番号				

医師又は助産婦が意見を書くところ	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩予定年月日	令和 年 月 日	
	分娩後のときは正常分娩又は異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 カ月)	
	入院して分娩したときはその期間	令和 年 月 日 から	日間	入院費用の別	健保 ・ 自費
		令和 年 月 日 まで		公費 ・ その他	
	出生児の数	単児 ・ 多児 ( 児)			
うえのとおり相違ないことを証明します。					
令和 年 月 日					
医療施設の所在地					
医療施設の名称					
医師・助産婦の氏名					
電話番号					