

受付年		日
伺い年		日
決裁年		日

記入不要

支給額	円
支給期	年間
標準報酬月額	千円 (第 級)

記入不要

支給支払決議書	
常務理事	担当

記入不要

資格取得	S・H・R	年	月	日
資格喪失		年	月	日
前回		年	月	日
支払年月日		年	月	日
不支給理由				

記入不要

出産手当金請求書

(第 1 回目)

京葉ガス健康保険組合理事長殿		提出日 H24年 3月 22日	
Tel 012 - 345 - 6789		住所 千葉県〇〇市××町1-2-3	
氏名 健康 良恵		氏名 健康 良恵	
被保険者証の記号・番号	123 456789	事業所の名称	〇〇株式会社
標準報酬月額	300 千円	等級	第 2 2 級
この出産手当金・出産手当付加金の請求は	・分娩前である ・分娩後である	分娩前に請求するときは分娩予定年月日、分娩後に請求するときは分娩予定年月日と分娩のあった年月日	分娩予定日 年 月 日 分娩日 H24年1月10日
分娩の為休んだ期間(手当金請求期間)	H23年 12月 2日から H24年 3月 6日まで 96 日間		
上の期間の報酬(賃金)の全部又は一部を受けたとき又は受けられるときはその報酬の額及び期間	被保険者本人名義の口座 年 月 日まで		
振込み希望の金融機関名	〇× 銀行 金庫 組合	支店名	△□支店
口座番号	1234567	口座名義	健康 良恵

提出日

保険証に記載してある記号番号

被保険者本人名義の口座

出産のため、労務に服さなかった期間を記入

1. 単胎の場合産前(含分娩日)42日、産後56日、出産が予定より遅れた場合遅れた日数を産前に加算

分娩年月日	年 月 日	・分娩	単胎
分娩予定年月日	年 月 日	・分娩予定	多胎 (児)
正常分娩又は異常分娩	正常・異常	生産又は	・生産 (妊娠 ヶ月)

病院等に証明して貰う欄

(職名) 医療機関の所在地
医療機関の名称
氏 名

ア 労務に服さなかった期間	出勤は○で、有給は△で、公休は公で、欠勤は/で、早退は早で、表示してください (産前50日・産後60日を表示)
自 月 日	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
至 月 日	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

事業所に記入・証明して貰う欄

イ 上記の労務に服さなかった日を含む月に報酬を支払ったときは内訳	基本給	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日
(給与締毎)(支給全額)	手当	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日
	手当	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日
	手当	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日
	手当	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日
	手当	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	円	円	月 日

*上記の実際の支払金額の算定方法(控除・日割等)を所定の用紙(報酬支払い説明書)に記載し添付して下さい。

該当する報酬形態の全てに○印 月給 日給月給 日給 歩合給 時間給 役員報酬 () 【 日締 日払】

現在のも将来も支給しないときはその旨

上記の通り相違ないことを証明します。住所 年 月 日
事業主 名称
氏名

ア. 労務に服さなかった日=有給・公休・欠勤(早退は労務不能初日以外は出勤日扱) イ. 報酬=役付・家族・通勤・住宅・残業等、支給した全ての金額
エ. 通勤定期代は現金でも現物(券)でも報酬に入る

委任状	30 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任いたします。 年 月 日
被保険者の(請求者)	被保険者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本
31 振込希望の金融機関名	支店 当座 名義

領収書	金 京葉ガス健康保険組合理事長 氏名 年 月 日
-----	--------------------------

記入不要

* 期間の計算は、両端入れ12日~18日は7日間
* 字句を訂正する場合は、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)を記入