出産手当金請求書

記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者証の記号と番号	記号 7103 番号 135	② 事業所の名称	株式会社〇×書院
③ 資格取得年月日	昭和 [✓ 平成] 20 年 4 月 1 日	④ 標準報酬月額	320 千円
⑤ この請求は出産前の期間のものですか、出産後の期間のものですか、あるいはその両方の期間のものですか	出産前・出産後 [✓ 出産前後]		
⑥ 出産年月日	平成 30 年 1 月 24 日	出産予定年月日	平成 30 年 1 月 21 日
⑦ 出産のため休んだ期間	平成 29 年 12 月 11 日から 平成 30 年 3 月 21 日まで	101 日間	
⑧ うえの⑦に書いた期間分の報酬（賃金）を受けましたか、又は受けられますか	受けた [✓ 受けない]・受けられる [✓ 受けられない]		
⑨ 報酬支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬額支払の基礎となった（なる）報酬	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分	円
⑩ 病院又は産院の所在地及び名称	〒〇×△－×××× 練馬区関町北×－×－× △×産婦人科医院		

上記のとおり請求いたします。　平成 30 年 5 月 25 日

⑪ 被保険者の
住所 〒〇×△－××××
練馬区春日町×－×－×
氏名 健保 花子　健保 ※⑫ ㊞
電話 03 （3326）××××

出版健康保険組合 殿

※本人氏名を自署した場合は、押印不要です。

委任状

私は千代田太郎を代理人と定め、平成 30 年 5 月 25 日に請求した出産手当金の受領を委任します。

平成 30 年 5 月 25 日

本人
住所 〒〇×△－××××
練馬区春日町×－×－×
氏名 健保 花子　健保 ⑬

受領代理人
住所 〒〇×△－××××
千代田区神田岩本町×－×－×
氏名 株式会社〇×書院 千代田太郎　千代田 ⑭

平成 年 月 日提出

受付日付印

賃金台帳並びに出勤簿（タイムカード）の写しを添付してください。

事業主が記入するところ

⑮ 労務に服さなかった期間　平成 29 年 12 月 11 日から　平成 30 年 3 月 21 日まで　101 日間

⑯ 出勤は〇で、有給は△で、公休は公で、欠勤は／でそれぞれ表示してください。

29 年 12 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	計	(ア) 出勤 0 日	(イ) 有給 0 日
30 年 1 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			
30 年 2 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	賃金計算		
30 年 3 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	締日	20 日	
年 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	支払日	25 日	

⑰うえの期間中、労務につかなった期間の賃金支払状況
（該当に〇をつけてください。但し出勤日を除く）
[✓ (1)] 支給しない
(2) 全部または一部支給した（する）

(ア) 1日当たりの賃金の全額支給した場合又は将来支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として	金 円 （ 月 日支払）	日額 金 円
(イ) 1日当たりの賃金の一部支給した場合又は将来支給する場合	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	の分として	金 円 （ 月 日支払）	日額 金 円

上記のとおり相違ないことを証明します。　平成 30 年 5 月 25 日

事業所
所在地 〒〇×△－×××× 千代田区神田岩本町×－×－×
名称 株式会社〇×書院
事業主の氏名 千代田 太郎　代表取締役印 ⑱ ㊞
電話 03 （3290）××××

医師または助産師が意見を書くところ

⑲ 出産年月日	平成 30 年 1 月 24 日	出産予定年月日	平成 30 年 1 月 21 日
⑳ 出産後のときは正常出産又は異常出産の別	[✓ 正常]・異常	㉑ 出産後のときは生産又は死産の別	[✓ 生産]・死産　（妊娠 カ月 週）
		㉒ 出生児の数	[✓ 単胎]・多胎 （ 児）

上記のとおり相違ありません。　平成 30 年 2 月 3 日

職名 （[✓ 医師]・助産師）
住所 〒〇×△－××××
練馬区関町北×－×－×
医療機関の名称 △×産婦人科医院
氏名 練馬 太郎　練馬 ⑳
電話 03 （3321）××××

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

㉔ 金融機関	銀行名 銀行 信用金庫　本店 支店	口座番号	
		フリガナ	
	預金種別　普通・当座	名義人	

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

個人番号												

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①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）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。