

受付年月日	令和	年	<b>書式はA4判で印刷後、各自コピー機でA3に拡大して、ご利用ください。</b>				
同年月日	令和	年					
決裁年月日	令和	年					
支給額	円	添付書類(事業主用) ・出勤簿のコピー ・賃金台帳のコピー					
資格取得年月日	日	日間	資格喪失年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日			
標準報酬日額	円	出産手当金日額	円				

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

### 出産手当金請求書

① 被保険者証の記号・番号	1-11111	② 事業所の名称	株式会社○△□
③ 被保険者の氏名	健康次子	④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 53年 4月 5日 <input type="checkbox"/> 平成
⑤ 出産前の別	<input type="checkbox"/> 出産前 <input checked="" type="checkbox"/> 出産後	⑥ 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)
⑦ 出産前に請求するときは出産予定日を記入	出産予定日	令和〇〇年6月30日	
出産後に請求するときは出産予定日と出産日を記入	出産日	令和〇〇年6月30日	
⑧ 出産のため休んだ期間(申請期間)	令和〇〇年5月20日 から 令和〇〇年8月25日 まで	98日間	
⑨ 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、又は今後受けられますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間	令和〇〇年5月1日 から 令和〇〇年5月31日 まで 報酬額 175,435円
⑩ 振込希望機関	大阪 銀行 金庫 組合 大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
		口座名義(カタカナ)	ケンコウツギコ
被保険者(本人)が記入するところ			
被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。			
⑫ 上記のとおり請求します。			
〒 111-1112		住所 大阪市大阪区大阪町4丁目5番6号	
令和〇〇年〇〇月〇〇日		氏名 健康 次子	
エクセディ健康保険組合 理事長 殿		被保険者の	
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)		備考欄	

事業主記入欄です。		令和〇〇年5月20日から令和〇〇年8月25日まで98日間				左の期間中に出勤した日は○を、有給休暇をとった日は△を、公休は公を、欠勤は△で表示して下さい。	
事業主が証明するところ	支給期間	単価	5/1~5/31	6/1~7/31	8/1~8/31	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。	
	基本給・基準給	200,000	130,435			基本給:欠勤控除あり 200,000円÷23日×8日=69,565円	
	役職・技能・資格手当	20,000	20,000			役職・家族・通勤・石油欠勤控除なし	
	家族(扶養)手当	10,000	10,000				
	通勤手当	5,000	5,000				
	残業手当						
	食事・石油手当	10,000	10,000				
	休業手当						
	手当						
	合計	245,000	175,435	0	0		
給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input checked="" type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> その他( )					出勤 5日 有給 10日	
賃金計算	締日	末日	支払日	<input type="checkbox"/> 当月 <input checked="" type="checkbox"/> 翌月	15日	出勤 日 有給 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。							
令和〇〇年9月15日							
事業所所在地 大阪市大阪区大阪町1丁目23番45号 電話 (01)4567-8901							
事業所名称 株式会社○△□							
事業主氏名 社長名							

医療機関記入欄です。		令和〇〇年6月30日	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)
産出年月日	令和〇〇年6月30日	出生日	令和〇〇年6月30日	
正常または異常分娩の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)	
上記のとおり相違ありません。				
令和〇〇年9月1日				
医療施設の所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号			
医療施設の名称	大阪病院			
医師・助産師の氏名	院長名			
電話 (0123) 45-6789				

私は を代理人と定め、次の権限を委任する。				
令和	年	月	日	請求した出産手当金のうち金 円也の受領に関すること。
令和	年	月	日	住所 被保険者の氏名
住所 代理人の氏名				
振込希望機関	銀行	支店	口座番号(□普通・□当座)	
				口座名義(カタカナ)