

健康保険 出産手当金請求書

ヤマハ健康保険組合理事長 殿

〈被保険者記入上の注意〉

- ・ 「被保険者記入欄」は被保険者が自ら記入してください。
- ・ 訂正した場合、線を引いて訂正印を押し、正しく記入。修整液等の使用は不可。
- ・ 「被保険者記入欄」を記載後、「医師又は助産師の証明欄」を記載していただき、事業所健保担当窓口へ提出してください。

被 保 険 者 記 入 欄	記入日 : 平成 29 年 3 月 20 日		被保険者証の記号-番号		1 - 123456		健保受付番号				
	事業所名 <small>(出向者は原籍の会社名)</small>		被保険者氏名		ヤマハ サクラコ 山葉 桜子		印				
	所属部署名		職場外線 TEL		昭和・平成 1 年 5 月 7 日		山 葉				
	総務部		053-24-7722		性別 男 女						
	分娩のため 労務に服さ なかつた 期間		住所		〒 430 - 1101		被 保 険 者 が 自 ら 署 名 す る 場 合 は 、 被 保 険 者 の 印 は 不 要 で す。				
	自 : 平成 28 年 11 月 17 日 至 : 平成 29 年 3 月 2 日 (106 日間)		浜松市中区中沢町1111		固定 053 - 472 - 1000						
			電話番号		携帯 090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇						
	【振込先記入欄】 給与振込口座を記入してください。			分娩予定日		平成 29 年 1 月 3 日					
				分娩日		平成 29 年 1 月 5 日					
	金融機関名称		本・支店名		種別		口座番号		名義人名		事業所担当者 口座確認印
静岡		浜松営業部		普通		1 2 3 4 5 6 7		(フリガナ) 必須 ヤマハ サクラコ			
コードNO 149		コードNO 361		当座				山葉 桜子			
ゆうちょ銀行		記号 (5桁)									
		番号 (8桁)									
※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (被保険者証の記号番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です。)										備 考	
※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票 写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。											

訂正する場合は、訂正印を押し印してください。

医師又は助産師の証明をもらってください。

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩予定日	平成 年 月 日	左のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 (証明者の医療機関：住所・名称・電話番号等)
	分娩日	平成 年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎	
	生産・死産の別	生産 ・ 死産	
	(死産の時) 在胎週数	第 週 日	(職・氏名・印) 印

必ず記入

被保険者証の記号-番号 1 - 123456 被保険者氏名 山葉 桜子

※年号は和暦でご記入ください。 賃金台帳で、控除額の場合は数字の頭に△をつけてください。

事業簿 (写)	出勤簿	平成 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	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	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	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	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	
	出勤簿(写)の表示例 出勤-出 公休-公 有休-有 産休-産 育児休職-育 病欠-病 特休-特 (有給・無給の別を明記)						
	区分	支払月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
	基本賃金計算期間		/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /
	稼働日数		日	日	日	日	日
出勤した日数		日	日	日	日	日	
有給の休み	月分	日	日	日	日	日	
無給の休み	月分	日	日	日	日	日	
(時給者:時給額×勤務日)	(円×H)	(円×H)	(円×H)	(円×H)	(円×H)	(円×H)	
基本賃金		円	円	円	円	円	
諸手当	休日・時間外手当	月分	月分	月分	月分	月分	
家族手当	円	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	
通勤手当	円	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分	月分	月分	月分	月分	
		月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	
		月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	月分 △	
	総支給額						
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日							
事業所所在地 事業所名称 代表者氏名						特記事項	

- ・出勤簿・賃金台帳は、欠勤していないくても産前42日前の初日を含む月から証明してください。
- ・訂正した場合は、事業主の訂正印を押してください。
- ・出勤簿・・・請求期間が月の途中から始まったり、終了した場合でも、その月の1ヶ月分を証明してください。
- ・賃金台帳・・・翌月に支給や控除がある場合、請求期間の翌月分まで証明してください。

健康保険 使用欄	資格取得日	昭・平 年 月 日	支給期間	自:平成 年 月 日	理由
	資格喪失日	平成 年 月 日		至:平成 年 月 日 日間	
	支給開始日	平成 年 月 日	法第108条 該当	H.年.月.日~H.年.月.日(日間)×減額/日= 円	
	支給開始前12月間の標準報酬月額	年 月~年 月(月間) 千円		減額合計 円	
	平均標準報酬月額	円/月	不支給 全部	期間 H.年.月.日~H.年.月.日(日間)	
	標準報酬月額	円/日		理由	
	法定支給額	円/日		理由	
支給額	円			健保受付印	
備考					

ヤマハ健康保険組合 (出産手当金請求書)