

# < 記入例 > 出産手当金請求書(第 1 回)

① 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 健康保険 被保険者証の	記号 <b>36</b>	番号 <b>1111</b>	② 資格取得年月日 昭 <b>平</b> ・令 <b>21</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日	③ 資格喪失年月日 令和 年 月 日	
	④ 出 産 日	令和 <b>〇</b> 年 <b>3</b> 月 <b>14</b> 日	⑤ 標準報酬月額 千円			
	⑥ 出産の為仕事 を休んだ期間	令和 <b>〇</b> 年 <b>1</b> 月 <b>31</b> 日 から 令和 <b>〇</b> 年 <b>5</b> 月 <b>9</b> 日まで	<b>100</b> 日間	⑦ 休んだ給料は 受けられる・一部受けられる・ <b>受けられない</b>		
	⑧ 振込希望の 銀 行	<b>三井住友</b> 銀行 <b>〇</b> <b>〇</b> 支店 普通預金 No <b>1234567</b> 名義人(カナ) <b>ケンポ ハナコ</b>				
③ 事 業 主 が 証 明 す る 欄	上記のとおり請求します。 SMBCファイナンスサービス健康保険組合 殿 令和 <b>〇</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日 被保険者の 住所 〒 <b>108-****</b> <b>東京都港区△△3-4-5 □□□マンション678号</b> 氏名 <b>健 保 花 子</b> TEL <b>03-XXX-9999</b>					
	⑨ 労務に服さなかった期間		⑩ 1か月分の基本給や 諸手当の額 (支給しない場合も記入)	⑪ 基本給や諸手当の支給状況 (⑨欄の期間を含む給料の締切日ごとに記入)		
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	基本給 月給・日給 円	月 日	月 日	月 日
	種類 月給、日給、日給月給 時間給、その他	日締	住宅手当 (1カ月) 有・無 (円)	月 日	月 日	月 日
⑫ 給料の 締切日	日払	通勤手当 (1カ月) 有・無 (円)	月 日	月 日	月 日	
⑬ ⑨欄の 期間中 について 報酬は	・支給した ・一部支給した ・支給する予定 ・一部支給する予定	家族手当 (1カ月) 有・無 (円)	月 日	月 日	月 日	
⑬ ⑨欄の 期間中 について 報酬は	・支給した ・一部支給した ・支給する予定 ・一部支給する予定	手当 (1カ月) 有・無 (円)	月 日	月 日	月 日	
② 医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	<b>&lt; 記入方法 &gt;</b> <b>①被保険者が記入する欄</b> ②資格取得年月日 入社年月日を記入 ③資格喪失年月日 退職日の翌日を記入。喪失していない場合は記入不要 ⑤標準報酬月額 記入不要 ⑧振込希望の銀行 被保険者本人の口座番号を記入(郵便局は不可) 改姓された場合、申請者の氏と口座名義の氏が一致すること ※請求者名は、被保険者証の氏名と一致すること(社内姓での申請は不可) <b>②事業主が証明する欄</b> 記入不要(事業主が使用しますので、斜線を引かないこと) <b>③医師又は助産師が証明する欄</b> 記入漏れのないよう、依頼のこと。					
	出 産 上	医療施設の所在地				
	出 産 上	名 称				
	令 和	医師・助産師の氏名				
	TEL					