

# 出産手当金請求書

スズキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日提出

|                                 |                 |       |                |                |       |       |      |
|---------------------------------|-----------------|-------|----------------|----------------|-------|-------|------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者等<br>記号・番号  | —     | 被保険者の<br>住所・電話 | TEL            |       |       |      |
|                                 | 被保険者の<br>氏名と印   | ①     |                | 資格取得日          | 年 月 日 |       |      |
|                                 | 資格喪失日           | 年 月 日 |                | 出産予定日          | 年 月 日 |       |      |
|                                 | 出 産 日           | 年 月 日 |                | 分娩のため<br>休んだ期間 | 自     | 年 月 日 | 日間   |
|                                 | 休暇中報酬<br>のあった期間 | 自     | 年 月 日          | 日間             | 報酬の額  | 円     | 出産児数 |

|                            |                            |   |       |    |               |       |  |
|----------------------------|----------------------------|---|-------|----|---------------|-------|--|
| 事<br>業<br>主<br>証<br>明<br>欄 | 労務に服さな<br>かった期間            | 自 | 年 月 日 | 日間 | 欠勤控除の<br>計算方法 |       |  |
|                            | 上記期間中、報酬の一部<br>又は全額を支給した場合 | 自 | 年 月 日 | 日間 | 支 給 額         | 円     |  |
|                            | 上記の通り相違ないことを証明します。         |   |       |    |               | 年 月 日 |  |

所在地  
事業主 名 称  
氏 名

※勤務記録（出勤簿）・賃金台帳（給与明細）写しを添付いただければ、 内は省略しても構いません。

※欠勤控除の計算方法は、賃金台帳（給与明細）写しに記載いただいても構いません。

※被保険者資格を喪失した後の期間にかかる請求のときは、事業主の証明を要しません。

|   |                    |                |      |               |              |                 |
|---|--------------------|----------------|------|---------------|--------------|-----------------|
| 医<br>師<br>又<br>は<br>助<br>産<br>師<br>意<br>見 | 出 産 日              | 年 月 日          |      | 出産予定日         | 年 月 日        |                 |
|   | 出産児の数              | 単胎・多胎<br>( 児 ) | 分娩の別 | 異常分娩・<br>正常分娩 | 生産・死産<br>の 別 | 生産・死産<br>(妊娠 週) |
|   | 上記の通り相違ないことを証明します。 |                |      |               |              | 年 月 日           |

住所  
医療施設名称  
職名 ( ) 氏名

|                            |      |               |      |    |       |         |     |       |      |
|----------------------------|------|---------------|------|----|-------|---------|-----|-------|------|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>記<br>入 | 標準報酬 | 月 額           | 千円   |    | 支 給 伺 | 年 月 日   |     |       |      |
|                            |      | 日 額           | 円    |    | 支 給 日 | 年 月 日   |     |       |      |
|                            |      | 率             | 支給日額 | 日数 | 支 給 額 | 支 給 期 間 | 自   | 年 月 日 | 日間   |
|                            | ①    | $\frac{2}{3}$ | 円    | 日  | 円     |         | 至   | 年 月 日 | 日間   |
|                            | ②    | 休んだ期間の報酬額     |      |    | 円     | 担 当     | 課 長 | 事務長   | 常務理事 |
| 総支給額 (① - ②)               |      |               |      | 円  |       |         |     |       |      |

※給付金は、健保に登録されている口座に振り込みます。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。

【備考欄】「被保険者証記号番号」\*にかわりマイナンバーを記載することも可能です。但し、マイナンバーを記載した場合、本人確認書類が必要です。またマイナンバーには保護シールを貼り、レターパックプラス等で送付願います。

① 記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。② 2ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。