

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者

受付年月日	決定年月

出手

出産手当金・出産手当金付加金 請求書

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏名	電話

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	-	被保険者氏名	被保険者の生年月日 年 月 日生	
	出産のため労務に服さなかった期間 (請求期間)	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間	単胎・多胎の別 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
	出産予定年月日	平成 年 月 日	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)		
	出 産 年 月 日	平成 年 月 日			
	上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 平成 年 月 日 (千 一)				
	住所				
	被保険者氏名 (請求者氏名)	Ⓜ			
	電話	()			
	資格喪失(予定)者記入欄				(フリガナ) (フリガナ) (金融機関コード) (店番コード) <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	普通				フリガナ
口座番号		名義			
		※請求者名義の口座に限る			

医 師 ・ 助 産 師 記 入 欄	出産予定年月日	平成 年 月 日	以上の内容に相違ありません。	平成 年 月 日
	出 産 年 月 日	平成 年 月 日	住所(所在地)	
	生産・死産の別	<input type="checkbox"/> 生産(妊娠第 週) <input type="checkbox"/> 死産(妊娠第 週)	単胎・多胎の別 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	医療機関名 医 師 名 電 話 ()
				Ⓜ

事 業 主 記 入 欄	労務に服さなかった期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間	欠勤中の会社報酬	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	資格取得日	年 月 日																										
	給与区分	<input type="checkbox"/> 完月者 <input type="checkbox"/> 日給者	<input type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 時給者	1.正社員 3.契約社員 2.準社員 4.()	産休中の会社報酬	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	資格喪失日	年 月 日																									
	↓労務に服さなかった期間の勤怠(勤怠表の添付でも可) 【出勤→出 年休→年 休日→/ 欠勤→欠 産休→休 育休→育】																																
	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	産休
	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	産休
	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	産休
	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	産休
	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	産休
	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。																																
	平成 年 月 日 事業所所在地 受任者 事業所名称 事業主氏名 Ⓜ																																
欠勤・産休中に会社報酬が支給される者は、下記の会社報酬の算定基礎数値を記入						左記算定基礎数値がない場合																											
月収変更年月日		基準内月収(円)		基礎月収(円)		控除率(%)	減給率(%)	【欠勤1日あたりの会社報酬】 円																									
年 月 日 ~		千 円		千 円		.	.	【産休1日あたりの会社報酬】 円																									
年 月 日 ~		千 円		千 円		.	.																										

健 保 記 入 欄	SEQ	支給期間	支給区分ごとの日数 法2/3 付85%-2/3	公休 日数	108条の額	支給決定金額
		年 月 日 ~ 年 月 日			千 円	千 円
		年 月 日 ~ 年 月 日			千 円	千 円
		年 月 日 ~ 年 月 日			千 円	千 円
		年 月 日 ~ 年 月 日			千 円	千 円
備考欄						