

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	担当者

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	〇〇 〇〇	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
--------	----	-------	----	--------------

被保険者証の記号・番号	1 0 - 7 6 5 4 3 2 1	被保険者氏名	保健 保子	被保険者の生年月日	昭和60年 8月 5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 25年 6月 26日 至平成 25年 10月 4日	101日間	単胎・多胎の別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	
出産予定年月日	平成 25年 8月 6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。			
出産年月日	平成 25年 8月 9日	※ 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)			
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 25年 10月 5日 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号	資格喪失者記入欄 出産日と出産予定日の記入誤りに注意				
被保険者氏名 (請求者氏名)	保健 保子		銀行 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()	本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		普通 口座番号	フリガナ 名義	
※請求者名義の口座に限る					

出産予定年月日	平成 25年 8月 6日	以上の内容に相違ありません。	平成 25年 8月 15日
出産年月日	平成 25年 8月 9日	住所(所在地)	東京都〇〇区〇〇町〇〇1-2-3
生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 (妊娠第 40 週) <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヵ月)	医療機関名	東京〇〇病院
単胎・多胎の別	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎	医師名	東京 二郎
		電話	0 3 (1 2 3 4) 5 6 7 8

労務に服さなかった期間	自平成 25年 6月 26日 至平成 25年 10月 4日	101日間	欠勤中の会社報酬	<input checked="" type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	資格取得日	平成 14年 4月 1日																											
給与区分	<input type="checkbox"/> 完月者 <input type="checkbox"/> 日給者	<input checked="" type="checkbox"/> 月給者 <input type="checkbox"/> 時給者	産休中の会社報酬	<input checked="" 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】																																	
6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	
7月	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	産休
8月	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	産休	
9月	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	産休	
10月	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	休	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 25年 10月 16日 事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

基準内月収×控除率=給与日額
基礎月収×減給率=欠勤時減給日額
給与日額-欠勤時減給日額
=欠勤1日あたりの会社報酬

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号
事業所名称 パナソニック〇〇株式会社
事業主氏名 努力 実

直接記入以外に
データで被保険者情報を授受している事業所は記入不要

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
25年 5月 1日～	2 3 0 千 0 0 0 円	2 3 0 千 0 0 0 円	5 0 0	1.8 0	円
25年 9月 1日～	2 4 0 千 0 0 0 円	2 4 0 千 0 0 0 円	5 0 0	1.8 0	円

SEQ	支給期間		支給区分ごとの日数		公休日数	108条の額	支給決定金額
	年	月	日	法2/3			
	年	月	日			千	円
	年	月	日			千	円
	年	月	日			千	円
	年	月	日			千	円
備考欄							