

※この欄は記入しないでください。	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	課長	担当者
	支給額	百 十 万 千 百 十 円				
	支給期間	年 月 日 日間	支給法定 内訳 法第108条	円× 日=	円	
	出産日	年 月 日	一 期 間	年 月 日	日間	
	出産予定日	年 月 日		年 月 日	日間	
	標準報酬月額	月 千円 月 千円	支 給 理 由	1 支給期間満了のため(年 月 日満了)		
	資格	取得 年 月 日		2 有給のため		
喪失 年 月 日	3 支給済みのため					
			4 労務不能と認められないため			
			5 給料の一部を受けているため			
			6			

出産手当金請求書

第 回

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号 番号		② 被保険者 氏名	③生年月日 年 月 日	
	④ 現住所 〒 -		電話 ()		
	⑤ 被保険者の勤務する (していた)事業所		名称	所在地 〒 -	電話 ()
	⑥ 請求期間の区分		出産前 ・ 出産後 ・ 出産前後		
	⑦ 出 産 日 (請求期間の区分が出産前の場合 は出産予定日)		年 月 日	⑧ 左記の欄の区分	1. 実出産日 (出産予定日 年 月 日) 2. 出産予定日
	⑨ 出産のため休んだ期間 (請 求 期 間)		年 月 日 から	日間	
	⑩ うえの期間分の報酬		うけた ・ うけられない ・ うけられるがうけていない		
	⑪ 出産のため入院した期間		年 月 日 から	日間	
	⑫ 出 産 児 の 数		単胎 ・ 多胎 (児)		
	☐ マイナポータルに登録の公金受取口座で受け取ります。(下記、銀行口座等の記入は必要ありません)				
	⑬ 受取金融機関		銀行名	支店名	口座番号
			銀行 信金	本店	普通 ・ 当座 (フリガナ)
			信組 農協	支店	

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

年 月 日 提出

支払済印

受付印

- 【注意事項】 1. 初回請求分には貸金台帳と出勤簿の写を添付してください。
2. 必要に応じて「添付書類」をお願いする場合があります。
3. 公金受取口座での受け取りにチェックいただいた場合、個人番号等を基に情報照会させていただくことに同意されたものとみなします。

千葉県自動車販売整備健康保険組合

④ 労務に服さなかった 日について (出勤していない日 を○で囲む)	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	合計		
	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			
	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			
	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	日間		
⑤ うえの労務に服さなかった日について、報酬を支払ったときはその内訳				
支給期間		種類	支給額	1日あたりの額
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	基本給	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	役付手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	家族手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	通勤手当	円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分		円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分		円	円	
年 月 日 から 年 月 日 まで 日分	合 計	円	円	
⑥ 労務に服さなかった日について報酬を支払わない場合はその旨と理由				
⑦ 被保険者の 業務の内容	⑧ 被保険者 の給与形態	・月給 ・日給月給 ・日給 ・その他 ()	日 締切 日 支払	
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
⑨ 事業所所在地				
事業所名称				
事業主氏名				
電 話 ()				

医 師 又 は 助 産 師 が 書 く と こ ろ	⑩ 出産年月日	年 月 日	⑪ 出産予定年月日	年 月 日
	⑫ 正常出産、又は異常 出産の別	正常出産 ・ 異常出産	⑬ 生産、又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 ヲ月)
	⑭ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		
	⑮ 出産のため入院した 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	⑯左記に期間のうち健康 日間は 日 保健又は公費で入院した 期間は 日	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間
	上記のとおり相違ありません。			
	年 月 日			
	⑰ 医療機関の所在地			
医療機関の名称				
医師の氏名または 助産師の氏名				
電 話 ()				

※ 病院名や所在地については、ゴム印にて押印ください。