

見本

※裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。 ※東京薬業健康保険組合

健康保険 出産手当金請求書 (第 ① 回目)

被保険者記入欄: ② 被保険者証の記号・番号 (9999-1235), ③ 被保険者の氏名及び生年月日 (葉業 夏子, 昭平 61年9月8日), ④ 本請求書の提出を事業主に依頼します (チェック), ⑤ 被保険者の現住所 (東京都千代田区永田町2-17-2), ⑥ 事業所の名称 (葉業工業(株)), ⑦ 被保険者の資格を取得した日 (昭和平成 26年4月1日), ⑧ 標準報酬額 (300千円), ⑨ この請求は出産前のものでしたか、出産後のものでしたか (出産後), ⑩ 出産年月日 (令和4年2月1日), ⑪ 出産のため休んだ期間 (請求期間) (令和3年12月21日から令和4年3月29日まで), ⑫ 上記⑪の期間で報酬を受けたときは、その報酬額と支払の基礎となった期間 (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで), ⑬ 入院して出産しましたか、入院しないで出産しましたか (入院出産), ⑭ 入院して出産したか、入院しないで出産したか (入院出産), ⑮ 入院して出産したか、入院しないで出産したか (入院出産), ⑯ 入院して出産したか、入院しないで出産したか (入院出産)

受取代理人欄: 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 (令和 年 月 日), 被保険者住所 (永田町), 代理人の氏名 (フリガナ), 委任者と代理人との関係

振込先指定口座: 銀行コード 0099, 支店コード 099, 永田町, 赤坂見附, 口座番号 99999998, 口座名義 葉業 夏子, フリガナ ヤクギョウ ナツコ

この書類の送付先は 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2 東京薬業健康保険組合 給付課 宛 受付日付印

⑭ 勤務状況 (出勤日は○、有休は△、欠勤は×、公休は公で記入してください) ※労務に服することができなかった期間を含む賃金集計期間の勤務状況を表示してください, 給与形態 (月給・日給・時間給), ⑮ 支給した(する)賃金内訳 (基本給 270,000, 資格手当 20,000), ⑯ 現在までもまた将来も支給しない場合はその旨 (給与規定による)

⑰ 担当氏名 (業務 冬子), ⑱ 出産者氏名 (葉業 夏子), ⑲ 出産年月日 (令和4年2月1日), ⑳ 入院して出産したときはその期間 (令和4年1月25日から令和4年2月3日まで), ㉑ 医療施設所在地 (神奈川県足柄下郡箱根町強羅1320-920), ㉒ 医療施設名称 (東薬産婦人科クリニック), ㉓ 医師・助産師の氏名 (厚年 一郎)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

※裏面の「記入の方法及び注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください ※