

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当
------	------	-----	----	----	----

# 出産手当金請求書

裏面の注意事項等を読んで、記入もれのないようにしてください。

被保険者記入欄	請求期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)		請求日	平成 年 月 日	
	保険証	記号	番号	被保険者の氏名	申請内容	<input type="checkbox"/> 産前のみ <input type="checkbox"/> 産後のみ <input type="checkbox"/> 産前産後一括
	自宅の住所等	(Tel) - -			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	委任欄	※「川崎重工業、任意継続」以外の事業所の方は右記を記入してください。			この給付金の受領に関する権限を事業主に委任します。 氏名 (印)	
・退職後に出産された場合は、右記振込先を記入してください。 ※振込先は「ゆうちょ銀行以外」を指定してください。	振込先	<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	
		口座番号	カタカナで記入		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

医師・助産師記入欄	出産予定日	予定日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 カ月)
	及び出産日	出産年月日	平成 年 月 日	出産児の数	単胎・多胎 ( 児)
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の住所				
平成 年 月 日 医療機関名 (印)			医師・助産師名 (Tel) - -		

事業主証明欄	休業した期間	出勤は／、有給休暇等は△、欠勤は○で表示、休日は日付を赤○で囲んでください。																														
	平成 年 月 日	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																													
			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																													
	平成 年 月 日	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																													
			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	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																													
			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																													
上記期間のうち報酬の全部又は一部を支給したとき又は支給するときは、その期間および支給金額			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	支給金額	円	休業証明取扱者印																										

上記のとおり相違ないことを証明します。			住所
平成 年 月 日	事業主名称	氏名 (印)	

組合決定欄	標準報酬月額		支給済期間		支給期間		日数
	月まで	千円	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日 ~			
	月から	千円	平成 年 月 日	平成 年 月 日			日
	資格喪失のとき	資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	支給決定日	平成 年 月 日	支給決定金額	
	資格喪失日	平成 年 月 日	支払日	平成 年 月 日	円		
備考							

## 《 注 意 事 項 》

1. 出産手当金は、女子被保険者が出産のため会社を休んだとき、会社から給料を受けなかった場合に支給されます。また、退職後も一定の要件を満たしていれば支給されます。
2. この請求書は、産前と産後別に、または産前、産後一括してそれぞれの期間経過後に提出してください。
3. 字句を訂正する場合は、誤った字句を複線で抹消して氏名欄の印を押印し、その上に正しい字句を記入してください。
4. この請求書は毎月10日に締め切りますので、当日までに健康保険組合に届くように提出してください。なお、月によっては休日の関係で締切日が10日より早くなる場合がありますので、ご注意ください。
5. この手当金は、毎月25日（支払日が休日の場合はその前日）に支払います。

## 《 支 払 方 法 》

1. 川崎重工業(株)の被保険者の方には、給与口座に振込みます。  
また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。
2. 前項以外の事業所の被保険者の方には、事業主を経由して支払いますので、必ず委任欄に記名・押印をしてください。