

支給額	※		常務理事	事務長	課長	係			
支払年月日	平成								
支給期間	平成								
分べんの日	平成	年	月	日	資格喪失日	平成	年	月	日
標準報酬	※		千円		備考	※			

必ずA3用紙で印刷してください

出産手当金請求書

平成29年1月6日 請求

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 11	被保険者の氏名 光学 花子	印
		番号 1234	生年月日 昭和63年8月8日	
	被保険者の現住所	〒 151 - 72 TEL 03-1234-5678 東京都渋谷区幡ヶ谷1234		
	事業所名所在地	オリンパス(株) (内線770-1234) 東京都新宿区西新宿2-3-1		
	分娩年月日(和暦)	平成28年10月25日	分娩予定年月日(和暦)	平成28年10月25日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 (児)		
	分娩のため休んだ期間(請求期間)	自 平成28年9月14日 から 日数 98 日	至 平成28年12月20日 まで	
請求期間分の報酬(賃金手当)を受けましたか、又は受けませんでしたか	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない			
注) 本請求によって、「赤ちゃん和妈妈」の育児書を3年間お送りします。発送のため赤ちゃん和妈妈社にあなたの住所情報を渡します。不要として拒否される方は右欄の拒否の口にレ印をつけてください。				

OTの人は勤務先の事業所住所を記載してください。それ以外の人は表示のまま。

報酬の一部でも受けた場合は、『受けた』にチェックして下さい。また、それらの証明は事業主により右欄に記入されます。

全て銀行に振り込みますので、必ず記入してください。

振込を希望する銀行	銀行コード	100	銀行名	
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷支店
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通		
	口座名義	カタカナ	漢字	光学 光子

注) 被保険者以外の口座に振込を希望する場合は「受取代理人の欄」に被保険者本人と代理人を記名、捺印すると共に「委任者と代理人との関係」にその関係を記入してください。

備考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)
----	--

オリンパス健康保険組合

医師又は助産師の証明	分娩年月日	平成 年 月 日	分娩予定年月日	平成 年 月 日
	分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 月 週)
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	入院費の別	健康保険 自費 公費 その他
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 住所 氏名 印 TEL -			

「医師・助産師」の証明をもらって下さい。

事業主の証明するところ	労務に服さなかった期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間	
	出勤状況	出勤日は「○」、有給休暇は「△」、公休は「公」、欠勤日は「/」でそれぞれ表示してください。	
	賃金支給	支給なし期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 日間
		支給しない理由	
		賃金の支給形態	月給 / 日給(日給月給を含む) / 時給()円
	全部又は一部を支給した場合	賃金の種別	賃金の計算期間
		月給	月 日~ 月 日
		日給	月 日~ 月 日
		通勤手当	月 日~ 月 日
		食事手当	月 日~ 月 日
	住宅手当	月 日~ 月 日	
	手当	月 日~ 月 日	
	欠勤減額	月 日~ 月 日	
	総支給額	月 日~ 月 日	
	上記記載担当者	(事業所社保担当者氏名) 内線	
	上記のとおり相違ないことを証明します。		平成 年 月 日
	所在地 名称 代表者氏名	所属先の総務の担当に提出すると 事業主名で証明してくれます 印	

注) 各欄とも記入した内容を訂正するときは 訂正印ではっきり訂正してください。
※印欄には記入しないでください。

※ 受付印