20260101

三菱自動車健康保険組合　御中

受付日付印

出産手当金・出産手当金付加金　支給請求書（第　　回目）

被保険者記入欄				
被保険者等	記号	番号　　枝番 ・	記号番号が不明な場合はマイナンバーを記入してください。	
事業所名称			下記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。 令和　年　月　日	
所属			被保険者名（フリガナ） 昭和・平成・令和　年　月　日 生	
休業期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日			
退職者記入欄【注２】	住所（〒　－　） 電話番号　（　）		給付金振込先銀行口座（本人名義のもの）	
			銀行名	支店名（支店番号） （店番　） 支店	番号 （普）

医師・助産師の証明欄				
	分娩予定日	令和　年　月　日	分娩年月日	令和　年　月　日
	生産・死産流産の別	生産　・　死産　・　流産（妊娠　ヶ月）　・　多胎分娩		
	上記のとおり相違ないことを証明します。　令和　年　月　日 医師または助産師　住所 医療機関名 氏名			

事業主の証明欄

出勤は出、欠勤は○、有休休暇は△、公休は公でそれぞれ表示してください。連続する場合は→でつないで表示してください。

令和　年　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
令和　年　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
令和　年　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
令和　年　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
令和　年　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

給与の種類　□月給 □日給 □日給月給 □時間給 □その他（　）

労務に服さなかった期間	給与支払期間	支払額(円)
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	
令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで 日間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	

記載のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

（事業主）
所在地
名称
氏名

健保組合記入欄

支給決定伺

支給期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	標準報酬月額	円	標準報酬日額	円

種別	支給率	支給金日額	支給日数	支給額
出産手当金	2／3	円	日	円
出産手当金付加金	1／30	円	日	円
事業主より受ける報酬		円	日	円
差引支給額				
支給決定年月日	令和　年　月　日		総支給額合計	円

被保険者資格得喪年月日			常務理事	事務長	主任	担当
	取得	昭和・平成・令和　年　月　日				
	喪失	令和　年　月　日				

（注）1. 毎月23日を健保受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定し、在籍者分は事業所宛・退職者等は指定口座へ振込みします。

2. 退職者については、退職者記入欄に住所・電話番号・銀行口座を必ずご記入ください。