

提出ルート:被保険者→事業主→健保

(任意継続被保険者・資格喪失者は直接 健保へ)

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------------|-----|----|----|-------|----------------------|----------|-------|-------------|----|---|--|--|
| 支出伺 令和 年 月 日 | | | | 資格 | 得 | 年 月 日 | 支給額 | | | | | | |
| | | | | 喪 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 支給決議書 | 支給月日 令和 年 月 日 | | | | 前回 | 得 | 年 月 日 | 支給期間 | 令和 年 月 日 日間 | | | | |
| | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 | 喪 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | | |
| | | | | | 入院期間 | 年 月 日 日間 | | 標準月額 | 千円 | 日額 | 円 | | |
| | | | | | | | | 支給額内訳 | 円×2/3× 日 | | | | |
| | | | | | 関連条文 | 法第103条・法第108条・法第109条 | | | | | | | |

出産手当金請求書(第 回)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|------------|------------|-----------------------|------------|----------|--|----|--|--|--|--|--|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者の記号番号 | | 被保険者の所属・氏名 | 部 課/主査 | | | | | | | | | |
| | 被保険者の現住所 | 〒 電話 | | | | | | | | | | | |
| | 事業所の名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 資格取得年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 標準報酬月額 | 千円 | | | | | | | | |
| | 分べんのため休んだ期間 | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | 分べんの日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| | 出生の子(該当する方に○) | 第一子 | | | | 第二子以降 | | | | | | | |
| | 上記の期間中において報酬の全額又は一部を受けたとき又は受け取るときはその報酬の額及び期間 | | | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | | |
| | | | | 報酬を受けようとする額又は受けた額 ¥ 円 | | | | | | | | | |
| | 入院して分べんしたとき | 医療機関の名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| 入院期間 | | 令和 年 月 日から | 令和 年 月 日まで | 日間 | | | | | | | | | |
| 被扶養者のあるときはその旨 | | 氏名 | | | 生年月日 | | | 続柄 | | | | | |
| | | | | 昭平令 | 年 月 日生 | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--------------------------------|----------------|-----------------|
| 医師または助産婦が意見を書くところ | 分べん年月日 | 令和 年 月 日 | 分べん予定 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| | 正常分べん または 異常分べんの別 | 正常・異常 | 生産または 死産の別 | 生産 死産 (妊娠 月) |
| | 入院して分べんした ときはその期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | | |
| | 入院費用の別 | 健 保 ・ 自 費 公 費 ・ その他 | 出生児の数 | 単胎 ・ 多胎 (児) |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。(医療機関住所・名称はゴム印を使用してください) | | | |
| 令和 年 月 日 住 所 医療機関 名 称 医師または 署名 (自筆) 助 産 婦 電 話 | | | | |

※事業主様へ
対象期間の勤怠記録と給与明細を添付してください。

| | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| 事業主の証明 | 労務に服さな かった期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 | |
| | 上の期間中 支払う 報酬関係 | 全額支給した場合 または支給する場合 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間 |
| | | 一部支給した場合 または支給する場合 | 令和 年 月 日から ¥ 円 令和 年 月 日まで (日額 ¥ 円) |
| | | 現在までもまた将来も 支給しない場合はその旨 | |
| | 備 考 | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。(ゴム印使用) | | | |
| 住 所 事業主 氏 名 | | | |

| | | |
|------|-----------|---|
| 受取代理 | 請 求 者 | 本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)署名 (自筆) |
| | 受 取 代 理 人 | 代理人の住所 (〒 -) (ゴム印使用) |
| | | 代理人の氏名 |

※(株)SUBARU期間従業員等、代理受取の対象とならない方は下記へご記入ください。

| | | | | | | | | |
|------|-----------------------|--------------|-------------|--|--|-------|--------------------|--|
| 振込口座 | 金融機関 | 銀 行 名 | 銀行・信金 信組 | | | | 店・本店 支店・出張所 | |
| | (ゆうちょ銀行・ ネット銀行は不可) | 銀 行 番 号 | | | | 店 番 号 | | |
| | 預金 種別 | 1：普通 2：当座 | 口座 番号 | | | | (フリガナ) 口座 名義 | |

任意継続被保険者の方は資格取得時に指定した口座に振り込まれますので、受取代理・振込口座欄の記入は不要です