

保険証を確認の上必ず「記号」「番号」を記載して下さい。

出産手当金

(第 回目)

合 理事長 殿

令和 年 月 日

郵便が届く住所と日中に連絡が取れる電話番号を記載して下さい。

被保険者証の記号と番号 8 123456 イオンリテール(株) 部・室名 イオン幕張店

被保険者の氏名 伊音 花子 〇〇〇 - 〇〇〇〇

生年月日 昭・平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 住所(電話は日中連絡の取れるもの) 千葉市美浜区〇〇町1-2-3 TEL 090 (1234) 5678

この請求は 出産前の期間にかかるもの 分娩前に請求するときは分娩予定年月日 (平・令 年 月 日) 出産後の期間にかかるもの 分娩後に請求するときは分娩した年月日 (平・令 〇年 7月 7日) 産前後の期間にかかるもの

労務に服さなかった期間 平・令 〇年 5月 27日 から 平・令 〇年 9月 1日 まで 98日間

上記期間中に報酬があった場合の期間・金額 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間 円

申請期間中有給休暇等取得のため報酬が払われる場合は期間と金額を記入して下さい。 〇年 7月 6日 から 平・令 〇年 7月 12日 まで 7日間 入院費用 自費・健保

〇〇クリニック 病院等の所在地 千葉市中央区〇〇町1-2-3

銀行 〇〇 本店 口座番号 1223456 フリガナ イオン ハナコ 伊音 花子

ゆうちょ銀行不可

人に委任する時記入し 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。

イオン健康保険組合 理事長 殿 令和 年 月 日

委任状 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。

Table with 4 columns: 被保険者の住所, 被保険者の氏名, 代理人の住所, 代理人の氏名. Includes a field for 被保険者との関係.

被保険者マイナンバー記入欄 (被保険者記号番号を記載した場合は不要) *****

Table for '組合処理欄' (Group Processing Section) containing calculation formulas for standard remuneration, payment amount, and decision dates.

イオン健康保険組合

医師又は助産婦の意見欄	出産者氏名	伊音 花子								
	出 産 日	平・令	〇年	7月	7日	出産予定日	平・令	〇年	7月	10日
	正常出産または異常出産の別	正常	・	異常	出産または死産の別	生産	・	死産(妊娠	ヶ月	日)
	出生児の数	1								
上記のとおり相違ありません。										
令和 〇〇年 7月 12日										
住所(所在地) 千葉市中央区〇〇町1-2-3										
医療機関名 〇〇クリニック										
医師・助産師氏名 幕張 美子										
※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。										

事業主証明欄	出産者氏名	伊音 花子				給与締め日と支給日	20日締 → 当月・翌月 25日払				
	労務に服さなかった期間	平・令 〇年 5月 27日 から 平・令 〇年 9月 1日 まで 98日間									
	上記期間中に支払われる(支払われた)報酬等があれば一ヶ月毎ご記入下さい。										
	報酬等の名称	平・令 〇年 6月度	平・令 〇年 7月度	平・令 年 月度	平・令 年 月度	合計					
		※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は(日割)に〇	※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は(日割)に〇	※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は(日割)に〇	※出勤日・有給休暇に対してのみ支給の場合は(日割)に〇						
	基準給与(有給休暇等)	円 日間	円 日間	円 日間	円 日間	円 日間					
		平・令 〇年 5月 27日 ~ 平・令 〇年 6月 20日 分	平・令 〇年 6月 21日 ~ 平・令 〇年 7月 20日 分	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 分	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 分	円					
	通勤手当 ※1)	7,500 円 (日割)	7,500 円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	15,000 円					
	住居手当(住宅助成金等)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円					
	扶養手当(家族手当等)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円					
単身赴任手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円						
() 手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円						
() 手当	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円 (日割)	円						
< その他事項 >											
※1) 通勤手当を6ヵ月定期代等で支給している場合は上記期間中一ヶ月あたりの金額をご記入下さい。また定期券等を現物給付している場合も記入が必要です。											
事業所所在地											
名 称											
事業主氏名											

証明者は健康保険組合に届出のある事業所住所・事業主となります。店長・支部長等の証明ではございませんので、在籍中の方は本社等の人事関連部署経由で健康保険組合へご提出をお願いします。

※4ヵ月を超えて証明する場合は当ページをコピーして超えている部分をご記入・ご証明下さい。

2023.3.1

A4サイズで印刷のこと

(被保険者への注意事項)

1. 出産手当金は、女子被保険者が分べんのため事業所の勤務を休んだことにより賃金が受けられない場合に支給されるもので、分べんの日(分べんの日が分べん予定日より遅れた場合においては分べん予定日)以前42日(多胎妊娠の場合においては98日)目から分べんの日後56日目までの期間を限度として支給されます。
2. A4サイズの内紙2枚で一回分の請求となります。
3. 医師・助産師へ証明を依頼される場合は「2枚目中の2」のみお渡し頂きご依頼下さい。
4. 給付金の受領方を他人(家族・会社など)に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。
5. 退職後の継続給付で請求される場合は、在職時の氏名にて請求して下さい。
振込口座のお名前が変わっている場合は、戸籍抄本等、お名前が変わったことを証明する書類を添付して下さい。

(事業主への注意事項)

1. 証明期間は、産前・産後の範囲内において労務に服していない期間について記入して下さい。
2. 出勤簿・給明細書の写しは、産前・産後の期間に係るものを添付して下さい。

(皆様への注意事項)

1. 消せる筆記用具(鉛筆・フリクション等)での記載では受け付けておりません。