

健康保険 出産手当金請求書

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番号	被保険者氏名				所	属	
	手当金請求区分 (該当にチェックを入れて下さい)		<input type="checkbox"/> 産前		<input type="checkbox"/> 産後		<input type="checkbox"/> 産前産後		
	給付金 受取方法	在職者 (□にレをしてください)			<input type="checkbox"/> 私は給付金の受領を事業主に委任します。(給与払い)				
		退職年月日		令和 年 月 日 退職					
		銀行振込		本請求に基づく給付金は以下に記載の口座への振り込みを希望します。 ※任意継続の方は登録口座へ入金しますのでご記入は不要です。					
		銀行名		支店名		種別		口座番号	
コード			コード		<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座				
銀行		支店		口座名義人(フリガナ) ※被保険者本人に限る					

※注意：被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
被保険者のマイナンバー記載欄

記号番号の記載があれば不要です

医 療 機 関 の 記 入 欄	分娩予定日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎(児)	
	分娩日	令和 年 月 日	出生または死産の別	生産・死産(妊娠 週)	
	上記の通り相違ありません。				令和 年 月 日
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
医師・助産師の氏名				電話 ()	

【送付先】 詳しくはホームページの提出先をご参照ください。 ←ここをクリック

SATO社会保険労務士法人に委託している事業所……SATO社会保険労務士法人 三菱ケミカル担当
[郵 送]〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島3丁目5-2 新居第10ビル 3F

SATO社会保険労務士法人に委託していない事業所…各事業所の健保担当者

任意継続保険加入者
三菱ケミカル健康保険組合の資格を喪失した方] 三菱ケミカル健康保険組合
[郵 送]〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル

事 業 主 の 記 入 欄	勤務状況 【公休は○】で、【有給は□】で、【欠勤は=】で、【一部出勤日は×】でそれぞれ表示してください。																														全欠		
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>
	労務に服さなかった期間		自:令和 年 月 日 []		報酬不支給期間		自:令和 年 月 日 []																										
			至:令和 年 月 日 日間				至:令和 年 月 日 日間																										
	報酬不支給期間に対して、賃金を支給しました(します)か?			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			給与の種類 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他()																										
	上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。																																
	賃 金 内 訳	期間		令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分	令和 年 月分																										
		区分		支給額	支給額	支給額	支給額																										
		円	円	円	円																												
		円	円	円	円																												
		円	円	円	円																												
上記の通り相違ないことを証明します。																														令和 年 月 日	備考		
事業所所在地																																	
事業所名称																																	
事業主氏名																																	

健 保 記 入 欄	報酬月額	報酬日額	支給区分	日数	支給金額	
	円	円	出産手当金	日	円	
	不支給日数	日	備考			
	減額日数	日				

受付年月日

事業所

健保組合