健保組合記入欄				
	資格取得	平成・令和　　年　　月　　日		支給開始以前　1年未満　1年以上
	資格喪失	令和　　年　　月　　日		出手日額　　前年9月平均
	支給期間	（　　日間）		・　・ ・　・
	不支給	（　　日間）		・　・ ・　・
	差額支給	（　　日間）		・　・ ・　・
	算出式		標　　×　　　×1000÷12÷30=⑩	
	支給額		⑩______×2/3=______（円未満四捨五入）	

出産手当金請求書

被保険者記入欄					
	被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所　在　地		
	出産のために休んだ期間（請求期間）	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 請求日数：＿＿＿＿＿日間		出産児の数	単胎 多胎（　　児）
	出　産　日	令和　　年　　月　　日		出産予定日	令和　　年　　月　　日
	休んだ期間中の報酬	□全額受ける □一部受ける　（　　月　　日～　　月　　日まで） 報酬内訳　金額（　　　　　円）　□有給休暇　□基本給（全額・一部）　□諸手当 □全く受けない			
	振込先口座 （被保険者名義のもの）	銀行・金庫 農協・信組　　　　支店 出張所 普通 当座　　口座番号　　　　フリガナ 口座名義人			

上記のとおり請求します。

カルビー健康保険組合理事長様

令和　　年　　月　　日　　〒　　－

住所

被保険者　氏名　　　　　㊞

TEL　　　－　　　－

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委　任　状	
	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 住所 被保険者 氏名　　　　　㊞
	〒　　— 住所 受取代理人　氏名　　　　　㊞ TEL　　—　　—

医師等が証明する欄

出産日	令和　年　月　日	出産予定日	令和　年　月　日
正常出産・異常出産の別	正常・異常	生産・死産の別	生産・死産
出産時の数	単胎・多胎（　児）	在胎週数	週
入院期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日（　日間）		

上記のとおり証明します。

カルビー健康保険組合理事長様

令和　年　月　日　〒　－

医療機関等　所在地

名　称

医師・助産師等氏名　㊞

TEL　－　－

事業主が証明する欄

被保険者氏名	
労務に服さなかった期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日（　日間）

賃金形態	月給・日給月給・日給・時給・その他（　）	賃金締切日	締切り：毎月＿＿日 支払い：当月・翌月＿＿日支払い

〈期間中の勤務状況〉　出勤は○、有給は△、公休は／、欠勤は―　で表示してください。

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
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
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
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
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

労務に服さなかった期間の賃金支給有無	有・無

●賃金計算・欠勤控除計算式等を記入してください。

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況

支給期間	/～/	/～/	/～/	/～/	/～/
出勤・有給休暇日数	出勤　日 有休　日	出勤　日 有休　日	出勤　日 有休　日	出勤　日 有休　日	出勤　日 有休　日
基本給@					
通勤手当@					
扶養手当@					
手当@					
支給額計					

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日　〒　－

所在地

事業所　名　称

代表者名　㊞

TEL　－　－

※請求期間中の出勤簿、賃金台帳のコピーを添付してください。