

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		•		•	
	差額支給	(日間)	•		•	
	算出式		標 ¹⁰ ×		×1000÷12÷30=	
	支給額		10 _____ × 2/3 = _____	(円未満四捨五入)		

記入例

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1年4月11日 ~ 令和1年7月17日 請求日数： 98 日間		出産のために休んだ期間が 請求期間となります。 「請求日数：●●日間」も 必ず記入してください。	
	出 産 日	令和1年5月22日	出産予定日		令和1年5月23日
	休んだ期間中の報酬	<input type="checkbox"/> 全額受ける <input type="checkbox"/> 一部受ける（ 月 日～ 月 日まで） 報酬内訳 金額（ 円） <input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 基本給（全額・一部） <input type="checkbox"/> 諸手当 <input type="checkbox"/> 全く受けない			
	振込先口座 (被保険者名義のもの)	普通 当座	銀行・金庫 豊後 信組	支店 出張所	
	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1年7月18日	被保険者	産後56日間経過後の日付を記入 してください。 例) 出産日が5月22日の場合、 (産後56日は7月17日) 7月18日以降の日付を記入		

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 ①
	〒 _____ 住所 受取代理人 氏名 ① Tel _____

カルビー健康保険組合

