出産手当金請求書・同意書

記入例

提出日 令和　○ 年　○ 月　○ 日

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

※記号・番号は「資格確認」や「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」にてご確認ください

被保険者が記入するところ

ホンダ健康保険組合　理事長殿

私は、健康保険法に基づく保険給付請求等に関し、私にかかる診療報酬明細書及び関係書類について
ホンダ健康保険組合が、該当機関に照会し送付依頼を行うことに異議なく、本書をもって同意します。

令和　○ 年　○ 月　○ 日

被保険者氏名（自署）　健保花子

記号	9999	番号	999999
生年月日	平成　3 年　7 月　1 日		
被保険者の住民票住所	〒　0 － 0000　○○県○○市○町×－×－×	TEL	1205 — 222 — 9999
事業所名（部課・店名）	〒 999 － 0000　○県○市○－×○	TEL	9999 — 111 — 8888 内線 123
資格取得日	昭和 平成 令和　○ 年　○ 月　1 日	資格喪失日	令和　年　月　日
分娩年月日	令和　○ 年　○ 月　○ 日	分娩予定年月日	令和 ○ 年　○ 月　○ 日
分娩のため休業した期間	令和　○ 年　○ 月　○ 日から	平成　○ 年　○ 月　○ 日まで　96 日間	
送金先金融機関名（被保険者の口座）	○○　金庫　○○　支店	口座番号(普)　99999999 ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 口座名義　健保　花子	

金融機関コード（ 0000 ）　支店コード（ 000 ）

※ゆうちょ銀行を選択された方は、預金通帳の表紙裏のコピー（記号・番号の印字されている面）を添付してください

（注）被保険者氏名欄の捺印は、被保険者が自ら記入（自筆）する場合は省略できます。

《申請・交付ルート》　被保険者→医療機関→勤務先総務部門→健康保険組合→被保険者

受付日付印

ホンダ健康保険組合

R7.10改定

※鉛筆や消せるボールペンで記入されたものは受付できません

記入例

事業主の証明

ア. 休業期間に対する賃金の計算期間の出勤状況を出勤簿で確認して下さい。
イ. 欠勤日は「○」、出勤日は「×」、有給休暇は「△」と該当日に表示して下さい。
（公休店日は赤○で表示）

出勤状況

		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
令和	○年12月	①	②	△	△	⑤	△	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
令和	○年１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
令和	○年２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	／	／	／
令和	○年３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
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

賃金支給状況

賃金の種別		賃金の計算期間 正常勤務時の報酬	12月　1日 ～12月　31日	1月　1日 ～　1月　31日	2月　1日 ～　2月　28日	3月　1日 ～　3月　31日	月　日 ～　月　日
月給		209,000　円	日分	日分	日分	日分	日分
日給		10,245　円	45,080　円	0　円	0　円	0　円	円
通勤手当	月額		日分	日分	日分	日分	日分
	日額	8,040　円	0　円	0　円	0　円	0　円	円
家族手当	月額		日分	日分	日分	日分	日分
	日額	円	円	円	円	円	円
住宅手当	月額		日分	日分	日分	日分	日分
	日額	円	円	円	円	円	円
成果給手当	月額		日分	日分	日分	日分	日分
	日額	11,120　円	2,404　円	0　円	0　円	0　円	円
残業手当	月額		日分	日分	日分	日分	日分
	日額	円	円	円	円	円	円
総支給額		228,160　円	47,484　円	0　円	4,325　円	0　円	円

賃金

締切日	月末　日	賃金の支給形態	該当するものを○で囲んでください。 （ 月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・その他 ）
支給日	25　日	欠勤控除する場合は計算式を	月給÷20.4×欠勤日数

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和○年○月○似tい

所在地　○県○市○○××
事業所　名　称　㈱ホンダカーズ健保　○○店
代表者氏名　代表取締役　○○　○○

●被保険者の資格喪失後の期間についての証明は必要ありません。

記号番号	氏名

医師又は助産師の証明

分娩年月日	令和 ○年○月○日	分娩予定年月日	令和 ○年○月○日
分娩の別	正常 ・ 異常	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 （妊娠　週）
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します。

令和○年○月○日

医師又は助産師の
住　所　○県○市○○町○○○
名　称　○○産婦人科医院
氏　名　医師　○○　○○

ＴＥＬ　000 － 0000 － 0000

●訂正するときは訂正印ではっきり訂正して下さい。

R7.10改定

ホンダ健康保険組合