

常務理事	事務長	係	標準報月額	法定給付	× × =
			千円		
			日額	支給決定額	円
			円		
資格関係	昭・平・令	年	月	日	取得
	平・令	年	月	日	喪失
出産予定日	令和	年	月	日	出産日
					令和 年 月 日

出産手当金請求書(第 1 回)

① 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所名		被保険者記号・番号		被保険者氏名		
	〇〇株式会社		〇〇 - △△△△		レンゴー 花子		
	被保険者の住所	大阪市北区梅田1-2-3					
	出産予定日	令和 5 年 1 月 25 日		出産日	令和 5 年 1 月 20 日		
	出産の為 仕事を休んだ期間 (請求期間)	自 令和 4 年 12 月 15 日 至 令和 5 年 3 月 17 日		93 日間			
	上記期間の報酬を 受けましたか	<input type="radio"/> 全部受けた <input checked="" type="radio"/> 一部受けた <input type="radio"/> 受けられない		報酬を受けた場合の その期間と支払報酬額	令和 4 年 12 月 1 日から 令和 4 年 12 月 31 日まで 191,000 円		
	出産の為 入院した とき	病院名	レンゴー産婦人科				
		病院の所在地	大阪市北区扇町4-1-1				
		入院期間	自 令和 5 年 1 月 20 日 至 令和 5 年 1 月 26 日		7 日間	入院費用	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input checked="" type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他
	② 委 任 状	レンゴー健康保険組合理事長 殿 令和 5 年 3 月 26 日 上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。					
	被保険者 住所		大阪市北区梅田1-2-3				
	氏名		レンゴー 花子				

- * ①と②は被保険者(請求者)が記入してください。
- * ③に事業主の証明を受けてください。
- * ④に医師又は助産師の証明を受けてください。

労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。
 また、出勤簿(写)及び賃金台帳(写)を提出してください。

③ 事業主が証明するところ

労務に服さなかった期間 令和 4 年 12 月 15 日 から 令和 5 年 3 月 17 日 (93) 日間

勤務状況	【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。																															出勤	有給
令和 4 年 12 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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ①																															計 10日	0日
令和 5 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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ①																															計 0日	0日
令和 5 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 29 30 31																															計 日	日
令和 5 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																															計 日	日

実際に休んだ期間でなく、賃金計算の締日から締日ごとに記入してください。

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 月末 日 支払日 当月 翌月 20 日

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。

区分	期間 単価	12月 1日 ~ 12月 31日分	1月 1日 ~ 1月 31日分	2月 1日 ~ 2月 28日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。
		支給額	支給額	支給額	
基本給	300,000円	165,000円			12月について 基本給(欠勤控除あり) $300,000 \div 20日 \times 11日$ $= 165,000円$ 通勤手当(欠勤控除なし) 10月に3ヶ月定期券代 (10~12月分) として60,000円支給 住宅手当(欠勤控除なし) 以降は支給なし
通勤手当	20,000円	20,000円			
住居手当	6,000円	6,000円			
扶養手当					
手当					
計	326,000円	191,000円	0円	0円	

通勤手当をまとめて支給している場合は1か月分を計算して記入してください。

単価も必ず記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 5 年 4 月 10 日

事業所所在地 **大阪市北区〇〇-〇〇**

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **〇〇 〇〇** 電話 **〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇**

欠勤控除の計算方法は具体的に記入してください。

④ 医師又は助産師が意見を書くところ

被保険者氏名 **レンゴウ 花子**

出産年月日 **令和 5 年 1 月 20 日**

出産予定年月日 **令和 5 年 1 月 25 日**

正常出産 または 異常出産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 ・ 異常	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 ・ 死産(妊娠 〇ヶ月)
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ 多胎(〇 児)	費用の別	・健保 <input checked="" type="checkbox"/> 自費 ・公費 ・その他

入院期間 **令和 5 年 1 月 20 日** から **令和 5 年 1 月 26 日** まで **7 日間**

上記のとおり相違ありません。
 令和 5 年 1 月 26 日 所在地 **〇 〇 〇**
 医師又は助産師氏名 **〇 〇 〇 〇** (印)

医師又は助産師の印を押印ください。