レンゴー健康保険組合　御中

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			支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間
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	被保険者等記号・番号	被保険者氏名	
	○○株式会社	○○ － △△△△	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	・全部受けた ○ 一部受けた ・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　・健保　○・自費　・公費　・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 給付金の支払いに必要な欄です。 忘れずに記入してください。			

＊ 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　【出勤は〇】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	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	計	0日	0日
令和　5　年　2月		計	日	日
令和　5　年　3月		計	日	日
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	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。

支給した（する）賃金内訳　期間／区分	単価	12月　1日 ～ 12月　31日分 支給額	1月　1日 ～ 1月　31日分 支給額	2月　1日 ～ 2月　28日分 支給額
基本給	300,000円	165,000円		
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。

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。

12月について
基本給（欠勤控除あり）
300,000÷20日×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

欠勤控除の計算方法は具体的に記入してください。

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　大阪市北区〇〇ー〇〇

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

④ 医師又は助産師が意見を書くところ

被保険者氏名	レンゴー　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	正常　・　異常	生産または死産の別	生産　・　死産（妊娠　　ヶ月）
出生児の数	単胎　・　多胎（　　児）	費用の別	・健保　・公費　・自費　・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

医師又は助産師氏名　〇〇　　㊞

医師又は助産師の印を押印ください。