

## 健康保険 出産手当金請求書

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	社員番号			
	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒			電話番号 (日中の連絡先)	( )	
	出産年月日	令和	年	月 日	出産予定 年月日	令和	年 月 日
	出産のため 休んだ期間 (申請期間)	令和	年	月 日 から	日間	その期間の 報酬について	事業主の証明欄のとおり
		令和	年	月 日 まで			
	給付金の受領 について	右記に <input checked="" type="checkbox"/> および <input type="checkbox"/> 給付金の受領を事業主に委任します。 (ウンナナクール、ランジェノエル所属、資格喪失者は不要です)			令和	年	月 日
ウンナナクール、ランジェノエルに所属されている方、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。							
金融機関	銀行コード		銀行 信用金庫 信託銀行		店番	支店	
預金種別	普通・当座	口座番号 (右詰めで記入)		口座名義 (カタカナ)			

医 師 ・ 助 産 師 意 見 欄	出産者氏名							
	出産年月日	令和	年	月 日	出産予定 年月日	令和	年 月 日	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多産 ( 児)	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明します。			令和	年	月 日		
	医療機関の所在地							
医療機関の名称								
医師の氏名		Ⓜ		電話番号 ( )				
※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。								

- 出産手当金請求の詳細は、ワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？ > 出産で仕事を休むときからご確認ください。

ワコール健保



受付日付印

- 請求書受付締日と支給日  
毎月末締切（健康保険組合必着）で、産後56日が経過した日が属する日の翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振込みます。  
事業所がウンナナクール、ランジェノエルの方、退職者等は指定口座に振込みます。

備  
考

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間																														
	勤務状況	労務に服さなかった期間の勤怠を下記の欄にご記入ください。 【出勤→出】 【欠勤→欠】 【有給休暇→有】 【定休→定】 【休日→×】 【パーソナル休暇→P】 【会社都合の欠勤→会】 【特別休業→特】																								給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 日給月給 ( )					
	日付	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
月																																
月																																
月																																
月																																
月																																

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。

支給した賃金内訳	区分	期間	月分	月分	月分
	基本給		円	円	円
	通勤手当(※1)		円	円	円
	手当		円	円	円
	手当		円	円	円
	手当		円	円	円
	欠勤控除額(※2)	△	円	円	円
	総支給額		円	円	円
(※1) 支給した通勤費の内訳をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 公共交通機関等通勤費 月額 ( )円 <input type="checkbox"/> 通勤費 日割額 @ × 日分=( )円 <input type="checkbox"/> 駐車場, 駐輪場月額( )円 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
(※2) 欠勤控除額の計算方法をご記入ください。					

上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 年 月 日	事業所ビル名
事業主の所在地		
および名称		確認者 担当者
事業主の氏名		

健康保険組合記入欄	取得	昭・平・令 年 月 日	喪失	令 年 月 日	出産日	令 年 月 日	予定日	令 年 月 日
	月額	_____ × _____ = ①	支給対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)				
	月額	_____ × _____ = ②						
	月額	_____ × _____ = ③						
	平均	(①+②+③) ÷ 12 = 平均 _____ (四捨五入なし)						
	日額	平均 _____ ÷ 30 = 日額 _____ (10円未満四捨五入)						
	日額 _____ ÷ 3 × 2 = _____ (1円未満四捨五入)							