

標準報酬 月 額	千円	決定額	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	担当者	
前 回 までの 支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日 日間 日額	円 × $\frac{2}{3}$ × 日間					=	円	伺	

出産手当金請求書

ふくおか I C T 健康保険組合理事長 殿 〒□□□-□□□□

住所
被保険者
フリガナ
氏名

下記のとおり請求します。

被保険者証の 記号・番号	第 号	事業所 の名称	標準報酬 等級月額	千円
分娩前 の別		分娩前に請求するときは分娩予定年 月日分娩後に請求するときは分娩予 定年月日と分娩のあった年月日	分娩予定日	年 月 日
分娩後 の別			分娩日	年 月 日
分娩のため 休んだ期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			日間
払込希望の銀行名	銀行	支店 (普通 当座 第 号)		

医師または助産婦の証明	分娩年月日	年 月 日	分娩	単胎	
	分娩予定年月日	年 月 日	分娩予定	多胎 (児)	
	正常分娩または 異常分娩の別	正 常 ・ 異 常	生産または 死産の別	生産・死産(妊娠	児)
	うえのとおり相違ありません。 年 月 日 住所 (職名) 氏名				

事業主証明	労務に服さな かった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間
	うえの 期間中 の分と して支 払う報 酬関係	全額支給 の 場 合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分 金 円 (日 時) (月 日支払) (金 円)
		一部支給 の 場 合	年 月 日 から 年 月 日 まで	の分 金 円 (日 時) (月 日支払) (金 円)
		支給しない 場 合		
うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名				

委任状	上記金額の受領方を下記の者に委任します。			
	令和 年 月 日	住所 〒		
	被保険者の 氏名		〒	Ⓜ
	代理人の 氏名		〒	Ⓜ
振込希望の銀行	銀行	支店 (普通 当座 第 号)		

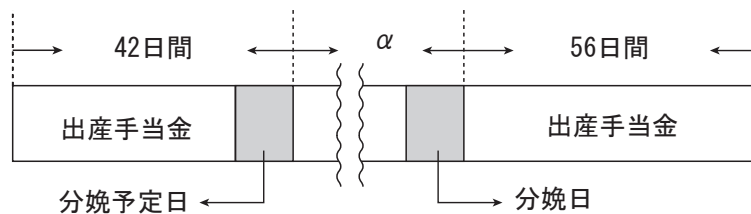
受 付

出産手当金

被保険者がお産のため会社を休み、給料の支払いを受けなかった場合は、産前42日間（多胎妊娠の場合98日）、産後56日の計98日間（多胎妊娠の場合154日）の範囲内で、1日につき標準報酬日額の3分の2相当が支給されます。なお、分娩当日は産前に入ります。また、給料が支給される場合でも、出産手当金より少なければその差額が支給されます。

<出産が予定日よりおくれた場合>

支給期間は、分娩予定日前42日、分娩後56日ですが、予定日よりおくれて分娩した場合は、実際分娩した日までの期間も支給されることになっています。



記入の際の留意点

《被保険者が記入する欄》

- ◎氏名には必ずフリガナをうってください。
- ◎「分娩のため休んだ期間」は、仕事を休んだ全期間を記入してください。（産前は必ずしも42日間とは限りません。）
- ◎振込希望銀行の口座は、被保険者名義のものを記入してください。

《事業主証明》

- ◎「労務に服さなかった期間」には、仕事を休んだ期間を記入してください。（産前42日＋産後56日（98日間）とは限りません。）
- ◎休んだ期間のうち、給料が支給された日がある場合には、日数・金額等を記入してください。
何割かのみ支給の場合などには、「一部支給の場合」の欄に記入してください。
支給されない場合は、その理由（就業規則により支給しない等）を記入してください。

《委任状》

- ◎請求・受取を代理人（家族その他）に委任する場合に記入してください。
- ◎払込希望の銀行口座は、代理人名義のものを記入してください。