

届書コード 308 届書

健康保険出産手当金請求書 (第 回)

◎裏面の記入上の注意をよく読んで記入してください。
 ◎事業主証明は出勤簿及び賃金台帳と照合のうえ、証明してください。
 ◎この請求書が第一回目ときには請求期間について賃金台帳と出勤簿(タイムカード)を窓口で照合確認いたしますのでご持参ください。

① 被保険者の記号・番号	② 生年月日	③ 支給額計算	④ 給付記録番号	⑤ 受取代理人	⑥ 送付	⑦ 受付年月日
16 < 0000250	昭和 52 年 06 月 03 日			0 : 無 1 : 有	<input checked="" type="checkbox"/> 送信	
⑧ 被保険者(請求書)の氏名と印		⑨ 事業所の名称				
佐藤 美幸		株式会社 横川商事				
⑩ 被保険者(請求者)の住所		⑪ 事業所の住所				
〒 000-0000		〒 000-0000				
住所コード		練馬区大平 0-0-0				
TEL 0000 0000						
⑫ 被保険者の資格を取得した日		⑬ 被保険者の標準報酬月額				
昭和 12 年 10 月 1 日		260 千円				
⑭ 分べん(予定)の日		⑮ 左記の⑬の分べん日は実分べんですか又は予定分べんですか		1. 実分べん(分べん予定日16年7月1日) 2. 予定分べん		
平成 16 年 06 月 30 日						
⑯ 分べんのため休んだ期間(支給期間)		⑰ 自 至		日 数		
平成 16 年 5 月 20 日		平成 16 年 8 月 25 日		98 日間		
⑱ うえの⑬に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		⑲ 報酬の支払を受けたとき又は受けられるときは、その報酬の額とその報酬支出の基礎となった(なる)期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで の分として		
受けた <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない <input checked="" type="checkbox"/>		受けられる <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない <input type="checkbox"/>				
⑳ 上記⑱の休んだ期間のうち健康保険又は公費で入院した期間		㉑ 自 至		日 数		
平成 年 月 日		平成 年 月 日				
㉒ 上記⑱の休んだ期間のうち自費で入院した期間		㉓ 自 至		日 数		
平成 年 月 日		平成 年 月 日				
㉔ 病院名		㉕ 病院の所在地				
菊池産婦人科		練馬区稲台 0-0-0				
㉖ 被扶養者がいるときは、その者の氏名		㉗ 生年月日		被保険者との続柄		

* ⑳ 支給算出額(手)

円	⑳ 海外	㉑ 特別支	備考
	0 : 国内 1 : 海外		

業務に服さなかった期間 欠勤は○で、有給は△で、出勤は×でそれぞれ表示してください。

業務に服さなかった期間	欠勤は○で、有給は△で、出勤は×でそれぞれ表示してください。	計	欠勤	有給
16年5月20日から	16年5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	42 日	
16年8月25日まで	16年6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 16年7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 16年8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	56 日	

事業主が証明する欄	⑳ 基本給	㉑ 手当	㉒ 手当	㉓ 手当
	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	円	円	円	円
	日額	日額	日額	日額
現在までも又は将来も支給しない場合はその旨		現在までも又将来も支給しない		
うえのとおり相違ないことを証明します。				平成 16 年 8 月 26 日提出
平成 16 年 8 月 26 日				受付日付印
事業所所在地	練馬区稲台 0-0-0			
事業所名称	株式会社 横川商事			
事業主氏名	鈴木 一			
電話	(000局) 0000 番			