

三井健康保険組合被保険者記入欄

記号番号	—
被保険者氏名	

※全ての項目を記入の上ご提出ください。
未記入の場合、審査いたしかねますので
ご注意ください。

育児休業等取得時における年間収入見込額確認表

[対象者記入欄]

令和 年 月 日

保険者名	記号	番号	氏名
育児休業等取得状況			
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定)			
出産手当金 (女性の方のみ)			
<input type="checkbox"/> 受給する (予定も含む)、受給中 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定) 約 _____ 円 (健保標準報酬月額 _____ 千円)			
<input type="checkbox"/> 認定申請日前に受給終了			
育児休業給付金			
<input type="checkbox"/> 受給する (予定も含む)、受給中 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (予定) 約 _____ 円			
<input type="checkbox"/> 受給権利なし (要件不該当)			
今後1年間に見込まれるその他の収入			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 約 _____ 円/年			

[対象者に係る事業所記入欄]

給与
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 円/月
賞与
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____ 円/年
対象者の直近月額給与 (休業開始前月額給与)
_____ 円/月
令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

※誕生日以降、対象者の今後1年間に見込まれるおおよその収入額を記載してください。