

1枚目

※ この請求書は2枚一組です。(1枚目:本人記入欄/2枚目:事業主証明欄・担当医師証明欄)

支給支払決議書				常務理事	事務長		担当
支給額							
		円					
全部・一部 不支給	期間			資格取得	年 月 日		
	理由		金額	資格喪失	年 月 日		
		円					
支払年月日		年 月 日		支給期間		年 月 日	日間
		年 月 日		年 月 日			

出産手当金請求書

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		被保険者 (申請者)の氏名		(印)
		番号		生年月日	昭・平・令	年 月 日
	被保険者 現住所	〒	-		電話番号	固定 - - 携帯 - -
	事業所の名称					
	資格取得年月日	昭・平・令		年 月 日	被保険者の 標準報酬月額	千円
	この出産手当金の請求期間は、		・出産前 ・出産後 ・出産前後			
	出産年月日	平成・令和		年 月 日		
	出産予定年月日	平成・令和		年 月 日		
	出産のため休んだ 期間(申請期間)	平成・令和		年 月 日	から	
		平成・令和		年 月 日	まで	日間
上記の出産のため休んだ期間に報酬を受けましたか。または今後受けられますか。		はい いいえ				
振込先金融機関		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> <p style="text-align: center;">●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 →お届け頂いていない場合は別途”健康保険給付金振込先届”にて申請ください。</p>				

2枚目

※ 添付書類:①出勤簿(写)、②賃金台帳(写) が必要となります。

事業主が証明するところ	労務に服さなかった期間		平成・令和		年		月		日	から				
			平成・令和		年		月		日	まで	日間			
	上記の期間に対して賃金が発生しました(します)か?		はい	いいえ	給与の種類			月給	日給月給	賃金計算	縮日	日		
							日給	歩合給	支払日		当月・翌月	日		
							時間給	その他			日	日		
	労務に服さなかった期間分として支払う報酬関係		主	平成・令和		年		月		日	から	の分	日額	
				平成・令和		年		月		日	まで		円	円
			支	平成・令和		年		月		日	から	の分	日額	
				平成・令和		年		月		日	まで		円	円
	支払った報酬の内訳 ※ 種類の該当がない場合は補記して記入		報酬の名称										計	
支払月			基本給	通勤費	手当	手当	手当	手当	手当	欠勤調整				
月分												円		
月分												円		
月分												円		
月分												円		
上記のとおり相違ないこと証明します。														
令和 年 月 日														
所在地														
名称														
事業主氏名 (印) 電話番号 ()														

医師または助産師が意見を記入するところ	出産者氏名															
	出産年月日	平成・令和		年		月		日	出産予定年月日	平成・令和		年		月		日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別			生産・死産 (妊娠 週)										
	上記のとおり相違ありません。															
	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 (印) 電話番号 ()															