

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	<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; color: black; font-weight: bold;"> 健保が記入する欄です </div>			月 日	
全部・一部 不支給				期間	月 日
理由				日	
支払年月日	年 月 日	支給期間	年 月 日	日間	

出産手当金請求書

提出日 令和 2 年 3 月 10 日

被保険者証	記号	00	被保険者 (申請者)の氏名		健保 花子		(印)
	番号	00000	生年月日		昭・平・令	61 年 7 月 1 日	
被保険者 現住所	〒 357 - 0036	埼玉県飯能市南町△△-×××			電話番号	固定 042 - 972 - ××××	携帯 080 - 1000 - ××××
事業所の名称	新電元〇〇						
資格取得年月日	昭・平・令	22 年 4 月 1 日	被保険者の 標準報酬月額		280 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	2 年 1 月 1 日					
出産予定年月日	平成・令和	2 年 1 月 1 日					
出産のため休んだ 期間(申請期間)	平成・令和	1 年 11 月 21 日	から		98 日間		
	平成・令和	2 年 2 月 26 日	まで				
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	銀行		支店 口座番号 普通				

※ 届出済の口座に振り込みますので届出済の方は記入不要

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	日間												
			平成・令和		年	月	日	まで													
	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		当日・翌日	日									
								時間給	その他		支払日	日									
	労務に服さなかった期間分として支払う報酬関係		全額支給した期間又は支給する期間	平成・令和		年	月	日	から	の分	円	日額	円								
			一部支給し又は支給す	平成・令和		年	月	日	まで			円	日額	円							
			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #ADD8E6; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 事業主が記入する欄です </div>									計	円								
	支払った報酬の内訳											支払									円
	※ 種類の該当がない場合は補記して記入											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	出産年月日	平成・令和	年	月	日			
	出生児の数	単胎	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #ADD8E6; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 医師等が記入する欄です </div>									週)	
	上記のとおり相違ありません											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	()									