

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
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 年 月 日

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	令和	年	月	日			
出産予定年月日	令和	年	月	日			
出産のため休んだ 期間(申請期間)	令和	年	月	日	から		
	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 いろいろ					
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> ●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。 <small>→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。</small>						

被保険者が記入する欄

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		令和		年		月		日	から					
			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		
									時間給	その他			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		令和		年		月		日	から	の分	円	日額
					令和		年		月		日	まで			円
			一部支給した期間又は支給する期間		令和		年		月		日	から	の分	円	日額
					令和		年		月		日	まで			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	手当	欠勤調整	円			
月分												円			
月分												円			
月分												円			
月分												円			
上記のとおり相違ないことを証明します。															
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	令和 年 月 日				出産予定年月日	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 ()															